

ESTUDIS
DE RECERCA
DIGITALS

1

Xavier Ballart
Laia Monterde

Indicadors de rendiment en la gestió de la salut a Catalunya



Generalitat de Catalunya
**Escola d'Administració Pública
de Catalunya**

INDICADORS DE RENDIMENT EN LA GESTIÓ DE LA SALUT A CATALUNYA

Xavier Ballart
Laia Monterde

Barcelona, 2010



Generalitat de Catalunya
**Escola d'Administració Pública
de Catalunya**



Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada 3.0 Espanya
Sou lliure de:



copiar, distribuir i comunicar públicament l'obra

Amb les condicions següents:



Reconeixement. Heu de reconèixer els crèdits de l'obra de la manera especificada per l'autor o el llicenciador (però no d'una manera que suggereixi que us donen suport o rebeu suport per l'ús que feu de l'obra).



No comercial. No podeu utilitzar aquesta obra per a finalitats comercials.



Sense obres derivades. No podeu alterar, transformar o generar una obra derivada d'aquesta obra.

Entenent que:

Renuncia – Es pot renunciar a alguna d'aquestes condicions si obteniu el permís del titular dels drets d'autor

Altres drets – Els drets següents no queden afectats de cap manera per la llicència:

- Els vostres drets de repartiment just o ús just;
- Els drets morals de l'autor;
- Drets que altres persones poden ostentar sobre l'obra o sobre l'ús que se'n fa, com per exemple drets de publicitat o privacitat.

Notice – Quan reutilitzeu o distribuïu l'obra, heu de deixar ben clar els termes de la llicència d'obra

Advertiment: Això és un resum del text legal (la llicència completa) disponible a:
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/legalcode.ca>

© 2010, Xavier Ballart, Laia Monterde

© 2010, Escola d'Administració Pública de Catalunya

Primera edició: setembre de 2010

ISBN: 978-84-393-8427-4

Dipòsit legal: B-31074-2010

Composició: Master-graf. SL

«Pocs compromisos ideològics en les societats modernes occidentals són més forts que les idees de racionalitat i tria intel·ligent. I cap institució no està més compromesa normativament amb l'aplicació de la informació a les decisions que les organitzacions burocràtiques.»

C. Weiss

«La mesura per millorar no és la mesura per jutjar.»

D. M. Berwick

SUMARI

INTRODUCCIÓ	7
NOTA METODOLÒGICA	11
PRIMERA PART	13
CAPÍTOL 1. EL MODEL CLÀSSIC DE LA MESURA DEL RENDIMENT I LES SEVES CONTRADICCIONS	14
1. Un tema del qual cada dia se'n parla més	14
2. Aproximació clàssica a la mesura del rendiment.....	16
2.1. El procés d'elaboració d'un sistema de mesures.....	17
2.2. Les funcions de la informació en el model clàssic.....	18
3. Les debilitats del model clàssic de mesura del rendiment.....	21
3.1. Principals problemes.....	21
3.2. Principals efectes en el comportament	23
3.3. Mesures de rendiment i tipologia d'organitzacions públiques	24
3.4. Mesures de rendiment i valors professionals	25
CAPÍTOL 2. ELS MODELS COMPARATS D'AVALUACIÓ DEL RENDIMENT EN GESTIÓ DE LA SALUT	27
1. Els sistemes de mesura del rendiment en sanitat: els casos del Regne Unit, Holanda, Austràlia, Canadà i els EUA	27
1.1. El cas britànic	27
1.2. El cas holandès.....	29
1.3. El cas canadenc	31
1.4. El cas australià	32
1.5. El cas nord-americà.....	34
1.6. Què aprenem de la comparació d'aquests cinc sistemes?	36
2. El model britànic amb més profunditat: evolució i crítica	37
2.1. La part positiva.....	38
2.2. Els dubtes	39
2.3. Les lliçons per a Catalunya	39
3. El model holandès amb més profunditat: evolució i crítica	40

3.1. La part positiva.....	41
3.2. Els dubtes.....	41
3.3. Les lliçons per a Catalunya	42
SEGONA PART	43
CAPÍTOL 3. LA TRAJECTÒRIA DEL SISTEMA SANITARI CATALÀ I ELS INSTRUMENTS DE MESURA DEL RENDIMENT	44
1. El model sanitari català i la seva evolució.....	44
1.1. El model de provisió mixta	44
1.2. Les principals reformes legislatives i de gestió de la salut	47
2. Les eines que crea el model català i que inclouen mesures de rendiment.....	50
2.1. Els contractes: les mesures d'estructura i activitat.....	50
2.2. Els plans de salut: la mesura de la salut dels catalans i de la seva evolució	55
2.3. El conjunt mínim bàsic de dades: la mesura de la pràctica clínica	59
2.4. La Central de Balanços: les mesures econòmiques i financeres	61
2.5. La Central de Resultats: la mesura dels <i>outcomes</i> del sistema català.....	64
2.6. El TOP 20: la mesura dels <i>outcomes</i> dels hospitals espanyols per una empresa privada	66
CAPÍTOL 4. EXPLICACIONS "RACIONALS" I "ESTRUCTURALS" DE LA TRAJECTÒRIA SEGUIDA PER CATALUNYA AMB RELACIÓ A LA MESURA DEL RENDIMENT I ANÀLISI DE LA SITUACIÓ ACTUAL	68
1. Explicacions "racionals" i "estructurals" de la trajectòria seguida	68
1.1. L'explicació partint del retard en l'adopció d'una reforma previsible	69
1.2. L'explicació partint de l'elecció racional i la dependència del camí.....	70
1.3. L'explicació a partir de la cultura política.....	72
1.4. L'explicació a partir de les formes d'organització i el finançament.....	74
1.5. Amb quina explicació ens quedem?.....	75
2. El punt d'arribada: el "model" català de mesura del rendiment.	
Potencialitats i debilitats	77
2.1. Les potencialitats	79
2.2. Les debilitats	82
3. Futuribles	85
3.1. Què podem esperar?	85
3.2. Qüestió d'estratègia?	87
CONCLUSIONS.....	89
REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES.....	94
ANNEX.....	98
ÍNDEX DE TAULES, GRÀFICS I IL·LUSTRACIONS	99

INTRODUCCIÓ

Des de principis dels anys noranta, els països, ja sigui individualment o de manera col·lectiva a través de la Unió Europea i de les organitzacions internacionals (Organització Mundial de la Salut, OCDE, Banc Mundial), han renovat el seu interès pel rendiment dels serveis sanitaris. Això ha portat al desenvolupament de les mesures i els indicadors de rendiment per a l'avaluació, el control i la gestió dels sistemes de salut i per assolir la major eficàcia, equitat, eficiència i qualitat. Les activitats de mesura del rendiment han anat esdevenint més freqüents i habituals en la gestió de la salut, però també s'han traslladat a altres sectors com l'educació, les polítiques socials, el medi ambient o les infraestructures. De fet, és difícil trobar algun sector de la societat en el qual no es plantegi algun debat sobre el grau i la manera en què diferents institucions –públiques, socials, privades– actuen, i si ho estan fent com se n'espera.

Per què rendiment i per què sanitat

Però el nostre objecte d'atenció preferent en aquest treball són les mesures de rendiment aplicades a la gestió de la salut en el sentit més ampli, que inclouen tant l'estat de salut de la població, com la gestió dels serveis sanitaris. Què volem dir quan ens referim a rendiment? I per què ens ha interessat el sector de la salut?

El terme anglès al que fa referència rendiment és *performance*. En el lèxic català tenim altres opcions com ara "acompliment" a banda de "rendiment" que s'utilitza habitualment en finances. De fet, *performance* és un terme força ambigu i imprecís. Ja que fa referència a si una organització assoleix els seus objectius però també comprèn els indicadors clàssics d'estructura o recursos, els de processos i de resultats o el d'*outcomes* (una altra paraula que ja fa temps que s'ha incorporat al llenguatge tècnic de la gestió). *Performance* fa referència tant a l'eficàcia final com al fet que una organització funcioni bé, la qual cosa indubtablement facilita l'acompliment dels seus objectius últims. En gestió de la salut, un indicador de *performance* podria ser la mortalitat trenta dies després d'un atac de cor. Però també ho seria un indicador de procés, com la durada de la llista d'espera, o un indicador d'estructura o recursos com, per exemple, si l'hospital compta amb un registre de reaccions a les transfusions, o accés al sistema informàtic de dades en les oficines de consultes externes.

Pel que fa a l'àmbit sectorial, hem optat pel sector de la salut i la seva gestió, no només perquè la sanitat és, juntament amb l'educació, una de les dues principals competències que gestiona la Generalitat de Catalunya –aquella a la qual destina una major proporció del pressupost, 26,93%, concretament 9.159 M€ o 1.250 € per ciutadà l'any 2.008– sinó també perquè és un sector en el qual es practica una gestió pública relativament avançada, com ho demostra la introducció de reformes que han trencat amb el monopoli de la provisió pública única i exclusiva i han generalitzat la utilització de contractes i de mesures de cost, d'activitat i, en alguns casos, de resultats. Aquesta dinàmica de comparació entre proveïdors públics i privats, que també s'ha traslladat a l'assistència primària, ha trobat en la sanitat un camp abonat per una llarga tradició d'estudis epidemiològics i d'estadística aplicada.

Malgrat que hi ha una bibliografia abundant sobre gestió sanitària que han desenvolupat els economistes de la salut, aquest treball es construeix des de la ciència política i els estudis de gestió de polítiques públiques, ja que entenem que la perspectiva de l'economia de la salut troba dificultats per reconèixer els objectius complexos de l'acció pública. La pressió per a la millora de l'eficiència fa que aquells estudis es focalitzin excessivament en aquest valor i no prestin suficient atenció a altres valors que entenem que queden recollits en la idea de *performance* tal com l'hem definida abans.

Principals preguntes i hipòtesis

Les principals preguntes que ens fem són: quina ha estat la trajectòria de Catalunya amb relació a la mesura del rendiment? En quina mesura aquesta evolució és comparable a la que han seguit alguns països del nostre entorn? Quina de les experiències comparades pot ser més útil a Catalunya? I, per sobre de tot, què explica la trajectòria seguida fins ara i fins a quin punt aquesta trajectòria limita les possibilitats d'evolució i canvi del model? Partint d'una preocupació similar a la que planteja Pollitt (2007), ens preguntem sobre quatre explicacions possibles del recorregut que ha seguit Catalunya amb relació a la mesura del rendiment en salut.

1. La primera i la més simple, que Pollitt (2007) aplica al cas holandès, nosaltres la traslladem al cas català. Breument, els catalans han estat ocupats primer amb la transferència de competències en els anys vuitanta, i després amb el desenvolupament d'un sistema de pagaments just als proveïdors no públics, la qual cosa ha fet que s'endarrerissin en el desenvolupament de mesures del rendiment del conjunt del sistema. Així com els holandesos van començar més tard que els britànics, o que els canadencs, els catalans encara han començat més tard que els holandesos.
2. Una segona explicació parteix de la teoria de l'elecció racional i aplica la coneguda hipòtesi de la "dependència del camí" o *path dependency*. Una vegada Catalunya va començar la seva trajectòria, l'Administració catalana va trobar un retorn positiu del

sector de la salut i del context polític si tirava endavant i desenvolupava millor el seu sistema de provisió mixta i contractes programa, mentre que hauria trobat un retorn negatiu si hagués desfet el model i tirat enrere. El mateix Govern tripartit de Maragall i després de Montilla no podien sinó millorar el model de gestió de la salut que havia desenvolupat CiU, que molts consideraven un èxit i que en qualsevol cas havia generat un complex entramat d'actors interdependents. Tirar enrere hauria estat políticament inviable i per això ni tan sols en assistència primària es va canviar l'estratègia, tímida, d'externalització. A partir del moment que Catalunya va començar amb el seu sistema, només podíem esperar que els incentius i les expectatives de penalització portessin a reforçar la trajectòria inicial amb l'ampliació de les mesures de cost (Central de Balanços) i activitat (conjunt mínim bàsic de dades, contractes programa) amb mesures agregades de rendiment (Central de Resultats).

3. Una tercera explicació està fonamentada en les estructures organitzatives. El model català de gestió de la salut es caracteritza per la provisió mixta pública i privada o, si es vol, de tercer sector. Malgrat que la prestació sanitària és universal, la majoria de serveis (hospitalaris, assistència primària, centres sociosanitaris, salut mental) compten amb estructures privades o del tercer sector. És a dir, les organitzacions que de fet atenen els pacients de la sanitat pública de Catalunya no són de titularitat pública, i el seu personal no són funcionaris, sinó empleats laborals d'aquelles organitzacions. Per aquesta raó, el sistema és menys susceptible de control públic. A diferència d'altres sistemes més subjectes al control centralitzat i jeràrquic d'una única estructura pública, la posició del Departament de Salut i dels seus òrgans de gestió es caracteritza per la interdependència respecte als hospitals i altres organismes que formen la xarxa de prestació de serveis sanitaris per compte de la Generalitat. Aquesta posició explica la major dificultat per imposar mesures de rendiment al marge de les relacions contractuals entre els organismes públics de planificació i finançament i els no públics de provisió.
4. Una quarta explicació, força relacionada amb l'anterior, té la seva base en la cultura politicoadministrativa catalana i espanyola. La cultura pot jugar en diversos plans. Per una banda, al centre de l'Administració, amb el desenvolupament d'actituds i comportaments molt arrelats als funcionaris i directius públics, aliens a l'aplicació de reformes que es puguin interpretar com a contràries als valors i principis de la gestió pública, en el sentit d'allò que la diferencia de la gestió privada. Des d'aquesta perspectiva, les mesures de rendiment es relacionen amb tendències properes a moviments com la nova gestió pública que, alhora, s'associen a intents de privatitzar la manera de fer de les administracions públiques. Per altra banda, la política catalana ha anat desenvolupant un sistema de govern en el qual cada vegada és més important la capacitat de concertació entre diversos grups polítics que es veuen obligats a governar en coalicions, més clarament en l'àmbit dels ajuntaments, però també dins de la Generalitat. Aquesta condició, imposada pels resultats electorals, connecta amb

la vella tradició del pactisme i explica l'evolució de la gestió cap a mecanismes de consens i gradualistes. Això vol dir que, com en el cas holandès que comenta Pollitt (2007), cal crear una àmplia base de suport abans d'avançar de manera efectiva i decidida cap a nous sistemes de govern i gestió, més encara atesa la interdependència (tercera explicació) dels actors implicats en el sector.

Abans d'entrar en la presentació de la trajectòria de Catalunya, i en l'anàlisi del perquè aquesta trajectòria ha estat la que hem pogut observar, ens ha semblat necessari dedicar la primera part d'aquest treball a presentar el que podríem anomenar l'aproximació clàssica a la mesura de rendiment i els problemes i les paradoxes que planteja el desenvolupament de la seva agenda. Aquesta explicació de caràcter conceptual i crítica es complementa amb una breu descripció dels sistemes de mesura del rendiment desenvolupats al Regne Unit, Canadà, Austràlia, els Estats Units i Holanda. D'aquests cinc sistemes, n'hem triat dos, els casos britànic i holandès, als quals dediquem una major atenció per entendre que són representatius de dues filosofies força contraposades (una de basada en la idea d'indicadors externs i de rànquings comparatius, i l'altra basada en la idea d'indicadors per a la millora organitzativa interna), que d'alguna manera poden ser útils per als que prenen decisions sobre el model català. Aquests dos casos també ens permeten il·lustrar dos tipus de qüestions teòriques que estan implícites en els sistemes de mesura del rendiment: per una banda, els problemes de mesura i de manipulació de les dades (l'anomenat *gaming*), els quals donen lloc als indicadors externs i, per l'altra, el problema de l'estratègia a seguir per aquelles organitzacions centrals, com el Departament de Salut, que han de convèncer organitzacions autònomes, però amb les quals mantenen importants vincles d'interdependència, perquè entrin en un projecte de mesura del rendiment del sistema en el seu conjunt.

Aquest treball s'estructura, doncs, de la manera següent: un primer capítol sobre el model clàssic de rendiment i les seves contradiccions; un segon capítol sobre models comparats amb especial atenció als casos britànic i holandès; un tercer capítol sobre la trajectòria seguida a Catalunya en la mesura del rendiment, i un quart capítol d'anàlisi d'aquesta trajectòria i de prospecció de futur amb relació al cas català. El cinquè capítol inclou les conclusions de la recerca.

NOTA METODOLÒGICA

Un cop introduïts els principals objectius i hipòtesis de la investigació, comentem breument el seu disseny metodològic. En termes generals, hem optat per combinar diferents perspectives metodològiques, d'acord amb les diferents mirades sobre el tema d'estudi: l'explicació de l'evolució dels indicadors de rendiment en el sistema sanitari català. L'objecte prioritari d'anàlisi ha estat el cas català, però hem tingut en compte la lògica comparativa amb altres estudis de cas, principalment de països europeus –el cas britànic i el cas holandès–, però també altres continents com els Estats Units, Canadà i Austràlia.

La informació bàsica per a la realització d'aquesta investigació s'ha extret de dues fonts principals: l'anàlisi documental i les entrevistes amb experts del sector de la salut. L'anàlisi documental s'ha basat, d'una banda, en la recopilació i l'estudi d'una abundant bibliografia acadèmica, especialment europea i anglosaxona, en matèries com la ciència política, la gestió pública, la gestió en l'àmbit sanitari i l'economia de la salut. Aquesta anàlisi es reflecteix especialment als capítols 1 i 2, que aporten un marc conceptual sobre el rendiment i una anàlisi comparativa de com aborden l'anàlisi del rendiment els sistemes de salut de cinc països.

D'altra banda, ha estat clau l'anàlisi documental d'un important nombre de documents oficials i bibliografia professional del sector sanitari, per tal de comprendre l'evolució dels indicadors de rendiment en l'àmbit sanitari, especialment a Catalunya, tal com reflecteixen els capítols 3 i 4. Es tracta de la mirada més estructural i institucional sobre el tema d'estudi.

Però el nucli dur de la recerca, en el camp metodològic, ha estat l'ús de les tècniques qualitatives, amb la realització de deu entrevistes semiestructurades amb persones que han tingut un paper clau, tant en la gènesi del sistema sanitari, des dels anys noranta, com en el seu desenvolupament actual. Es tracta d'entrevistes en profunditat, amb diferents professionals, que pels seus perfils i trajectòries ens permeten entendre millor les característiques de la gestió del sistema sanitari català, des d'una mirada de reconstrucció històrica dels fets en primera persona. Les seves aportacions s'han complementat amb la visió institucional de la bibliografia acadèmica i professional, i han estat fonamentals per poder realitzar aquesta recerca.

A la taula 1 es descriuen els cinc perfils seleccionats per a les entrevistes, que s'han intentat equilibrar en nombre, tot i que no sempre ha estat possible.

Taula 1. Perfils de les persones entrevistades

Perfils triats	Descripció del perfil
Recercador expert en gestió sanitària	Professors i investigadors universitaris, experts en camps com l'economia de la salut
Directiu públic en l'àmbit de la planificació sanitària	Professionals amb llarga trajectòria al Departament de Salut de la Generalitat
Directiu públic en l'àmbit de la gestió sanitària	Gestors que han ocupat llocs clau, especialment al Servei Català de la Salut
Gerents d'hospitals	Gestors amb llarga experiència en diferents hospitals públics catalans
Expert consultor en l'àmbit sanitari	Professionals dedicats a l'assessorament i la consultoria en salut en l'àmbit privat

Font: elaboració pròpia.

Les entrevistes s'han dividit en tres parts: a la primera s'ha parlat sobre les característiques del model sanitari català (moments clau en la seva evolució, estratègia d'anàlisi del rendiment subjacent i influències d'altres models europeus); a la segona part es parla del desenvolupament del model (principals àmbits dels indicadors, àrees de mesura, nivells de mesura del rendiment i principals dificultats i resistències). Finalment, a la tercera part, preguntàvem sobre els impactes del camí seguit en el sistema de salut i les possibles estratègies futures. A l'annex es reproduïx el guió de l'entrevista.

PRIMERA PART

CAPÍTOL 1.

EL MODEL CLÀSSIC DE LA MESURA DEL RENDIMENT I LES SEVES CONTRADICCIONS

1. Un tema del qual cada dia se'n parla més

Des dels anys noranta apareix el concepte de rendiment, sovint associat a un altre terme, *accountability*, que també presenta algunes dificultats de traducció. "Rendiment" i "responsabilitat", "bon govern" i "transparència" són en l'actualitat conceptes clau per a la salut democràtica de les nostres societats, atesos els baixos nivells de confiança de la població en la política i, per extensió, en l'Administració.

En els últims anys s'ha parlat molt d'*accountability* en el sector públic, i hi ha hagut una ràpida expansió de les demandes en aquest sentit, tant dins del sector públic com entre els actors del sector privat. No hi ha millor portada per a un mitja de comunicació que unes gràfiques o taules amb indicadors sobre els resultats o la qualitat d'un servei públic. A Catalunya, algunes organitzacions empresarials reclamen, amb insistència, una major productivitat del sector públic català, i ajustar el seu volum al temps de crisi actual. El Govern central va crear, l'any 2007, una Agència Estatal per a l'Avaluació de les Polítiques i la Qualitat dels Serveis Públics. El Govern de la Generalitat ha facilitat l'expansió del personal dedicat als òrgans de control parlamentari de l'Administració, com la Sindicatura de Greuges i la Sindicatura de Comptes, i manté viu el projecte de creació d'una oficina executiva contra el frau.

La major part de les propostes de reforma del sector públic inclouen la mesura del rendiment i la seva gestió, com a elements centrals. També ho fa la nova gestió pública, però no és exclusiu d'aquest moviment, ja que l'èmfasi en els resultats, en els outputs i en els *outcomes*, és força general (Friedrich, 1940, Weiss, 1983, Wholey i Hatry, 1992). Des dels intents de construcció de sistemes d'indicadors de rendiment i de mesures de la satisfacció dels usuaris, es parla d'una *accountability* vertical cap als superiors i d'una *accountability* horitzontal cap als usuaris i els ciutadans (Jos i Tompkins, 2004). L'anàlisi dels resultats és encara més important en el cas dels serveis públics, com l'educació i la sanitat, que afecten la població de manera més directa.

La demanda d'una major transparència i rendiment governamental, tenen el seu fonament en la pressió política i ciutadana, malgrat que pugui semblar contradictori amb la tendència a la desafecció democràtica, i al fet que cada vegada hi hagi menys ciutadans compromesos amb la política i les institucions. Els ciutadans estan millor formats, ja que tenen més anys d'educació formal, tenen més informació i són més conscients dels seus drets, tot això els fa ser més exigents envers els seus representants. Els ciutadans volen més quantitat i més qualitat en el treball de les institucions públiques, i estan poc disposats a acceptar un nivell d'activitats o de resultats per sota del que estimen satisfactori, ja es tracti d'autopistes, seguretat ciutadana, escoles o hospitals.

No tots els ciutadans tenen les mateixes percepcions sobre el que ha de fer el sector públic, però sovint ens trobem amb ciutadans crítics amb les decisions que prenen els polítics i les administracions. La insatisfacció amb la política està força estesa i s'expressa en forma de crítiques força contundents. Però els arguments o les raons d'aquesta insatisfacció són complexos i difícils de contrarestar amb una acció administrativa concreta, atesa l'ambigüitat de la retòrica. Alguns estan preocupats pel nivell de despesa dels recursos públics, o dubten sobre la manera en què s'utilitzen aquests recursos, ja que entenen que es podrien gestionar de manera més eficient. Altres no es preocupen tant pels recursos, però pensen que les organitzacions públiques no responen adequadament a les necessitats dels seus beneficiaris i tendeixen a justificar una dedicació insuficient del seu personal. També hi ha ciutadans que van més enllà i no creuen que les institucions d'avui siguin capaces d'adaptar-se a les circumstàncies canviants del segle XXI i competir dins d'un món globalitzat. Per als administradors públics, la principal qüestió és com satisfer les demandes creixents dels ciutadans, tant en quantitat com en qualitat, amb els recursos i els coneixements disponibles, o amb una previsió de restriccions dels recursos, atesa la pressió externa per abaixar impostos i ser més eficients.

El desenvolupament de mesures de rendiment i altres processos formals per determinar si els objectius de les organitzacions s'assoleixen, si es compleixen unes condicions mínimes d'eficiència, o si les organitzacions públiques tenen problemes en aquest sentit, és tan sols una de les respostes. La idea bàsica era que les anàlisis de rendiment s'utilitzarien en la presa de decisions i serien un factor clau a l'hora de prendre decisions pressupostàries. Però s'han reproduït aquí, en la línia d'autors com Radin (2006), alguns dels problemes que havien experimentat anteriors reformes basades en aproximacions analítiques formals, sense prestar prou atenció, ni al context polític institucional, ni a la inserció de la informació generada en els processos de presa de decisions, en els quals s'hauria d'haver utilitzat. Abans de revisar les contradiccions i paradoxes d'aquestes reformes, presentem les hipòtesis i el model bàsic en què es fonamenten els sistemes de la mesura del rendiment.

2. Aproximació clàssica a la mesura del rendiment

La reforma del sector públic està molt influïda per allò que passa al sector privat. La bibliografia anglosaxona és dominant en aquest sector, i en aquesta bibliografia sovint es parteix d'una visió genèrica que minimitza les diferències entre el sector públic i el sector privat. En el marc de la visió analògica amb el mercat, s'intenta substituir el concepte de benefici del sector privat pel d'*outcomes* del sector públic. Així, el conjunt de mesures de rendiment, per a cada un dels departaments que formen un govern, seria el més semblant, per al sector públic, al benefici de les empreses privades, i permetria determinar si un govern, un departament o un organisme departamental és eficaç.¹

En el context europeu continental, un sector públic menys procliu a adoptar el sector privat com a model, ha avançat en la mateixa direcció seguint una racionalitat tècnica. En molts governs s'ha fet un esforç per sotmetre les activitats dels diferents departaments a un sistema uniforme de control i avaluació del rendiment. En alguns casos, com en el cas espanyol i català, aquestes reformes també s'han vinculat a l'elaboració del pressupost (Sánchez Revenga, 2005). La idea fonamental és que cada departament tingui un pla estratègic a quatre o cinc anys, que estableixi les grans finalitats i objectius, que cobreixi totes les activitats o programes, i que compti amb mesures del rendiment que es corresponguin amb aquestes finalitats. S'espera, igualment, que el conjunt de les mesures respongui de manera agregada als plans macro del govern.

Aquesta estratègia integrada de rendiment té l'ambició de sotmetre els responsables polítics i els gestors en un mateix sistema de control i de responsabilitat, i parteix d'algunes suposicions teòriques simples com ara:

1. Totes les polítiques i els serveis tenen objectius, i és possible assolir el consens sobre els *outcomes*. Dit d'una altra manera, hi ha uns objectius principals i aquests són identificables, ja que no deixen de ser centrals i força permanents.
2. Gairebé la totalitat de les activitats es poden mesurar i quantificar. La informació per determinar si una activitat ha tingut èxit es pot produir en forma d'indicadors i quantificació.
3. La informació existeix i està disponible. Està en els sistemes d'informació o la tenen els usuaris. Malgrat que les dades s'hagin pensat per a altres finalitats, es poden utilitzar per a una estratègia de mesura del rendiment.

1. Aquesta visió té la seva expressió acadèmica en els llibres que se centren en la demanda d'un esperit empresarial i en la creació de valor públic al sector públic (Moore, 1995), i també als de la nova gestió pública, en els quals la mesura de la *performance* tan sols és un element més al costat d'altres, com la contractació externa de serveis o el concepte de ciutadans com a "clients" de l'Administració (Cohen, 2001).

4. Hi ha informació sobre el punt de partida. El *baseline* permet comparar com evoluciona una situació o un problema a partir del desenvolupament de l'acció pública.
5. Les mesures de rendiment creen incentius i modifiquen el comportament administratiu i dels agents contractats, en particular quan s'utilitzen els indicadors per a la distribució de recursos pressupostaris o per al pagament dels serveis.

En síntesi, la suposició bàsica és que si se segueix un procés racional i parsimoniós, la bona organització, el compromís i l'anàlisi pragmàtic, poden portar a l'èxit. Hi ha una simplificació en el moment d'evitar les relacions causa/efecte entre l'acció pública i l'evolució del problema o les complicacions derivades del fet que les organitzacions públiques sovint tenen objectius múltiples i contradictoris. Pel que fa a la informació, la tendència és utilitzar dades quantitatives i evitar la informació qualitativa.

2.1. El procés d'elaboració d'un sistema de mesures

L'activitat d'anàlisi del rendiment clàssica es construeix al voltant del procés bàsic de planificació. Aquest procés comença amb l'especificació dels objectius a mitjà o llarg termini i la identificació dels *outcomes*, resultats principals o impactes, amb relació a aquests objectius. Els objectius es poden definir en l'àmbit de l'organització o en l'àmbit dels programes, i normalment suposa traduir els objectius més generals i de llarg termini, a objectius més específics i de curt termini. Seguint aquest procés, les mesures del rendiment es defineixen com a nivells raonables d'eficàcia o eficiència esperada. Atès que la màxima preocupació és que moltes organitzacions perden de vista els *outcomes* produïts per la seva activitat, els que proposen mesures de rendiment se centren en generar informació sobre els *outcomes*, més enllà dels inputs i outputs. El pas següent consisteix a recollir, verificar i analitzar dades que permetin valorar el nivell de compliment dels objectius previstos.

La definició clàssica dels termes que s'utilitzen en aquest procés fa diferència entre:

Inputs: recursos, despesa o temps dels empleats, que es fan servir per produir els outputs o *outcomes*. Aquest tipus d'informació és la més fàcil de recollir i mesurar. Produeix indicadors d'eficiència i productivitat. Des de la perspectiva del rendiment s'argumenta que les organitzacions posen massa èmfasi en els inputs amb exclusió d'altres elements. Sovint es percep l'èxit com el fet d'obtenir els recursos.

Procés: quantitat de treball que consumeix una activitat. Podria ser la quantitat d'usuaris que reben serveis o els processos organitzatius interns necessaris per fer l'activitat. La càrrega de treball és un indicador important. També ho són els temps que es tarda en fer les activitats. Aquesta informació no és tan fàcil de produir. Les estadístiques sobre processos poden tenir problemes de validesa i, sovint, les comparacions directes no són correctes.

Outputs: productes o serveis, el nombre de persones servides, el nombre d'informes o de productes fruit de l'activitat interna. Essencialment, les coses que ha fet el personal o, si més no, l'activitat o l'esforç que es poden expressar en termes quantitatius o qualitatius. Sovint es confonen les mesures de procés amb les d'output. Per als que es preocupen pels *outcomes*, la mesura dels outputs fa que les organitzacions continuïn fent la feina que sempre han fet, sense examinar si aquesta feina dona els resultats desitjats.

Outcomes: canvis en una condició que és externa a l'activitat, però que indica progrés cap a l'assoliment dels objectius de la política. Els *outcomes* són les conseqüències de l'activitat. Tenen una importància directa per als usuaris i, sovint, per a tots els ciutadans. També s'inclouen aquí els indicadors de qualitat del servei que són importants per als usuaris. Sovint, malgrat que les organitzacions públiques poden identificar les seves finalitats últimes i, per tant, els seus *outcomes*, no tenen els mitjans per garantir que s'assolirà aquella finalitat.

Outcomes intermedis: els *outcomes* dels quals s'espera que portin a la finalitat desitjada, però que no són una finalitat en si mateixos com, per exemple, el temps de resposta en una urgència mèdica. Una activitat pot tenir múltiples *outcomes* intermedis.

Outcomes finals: el resultat final que es persegueix com, per exemple, la reducció de la incidència d'una determinada malaltia. Una activitat pot tenir múltiples *outcomes* finals.²

2.2. Les funcions de la informació en el model clàssic

Si bé la bibliografia s'ha centrat durant molts anys en "com fer-ho", proporcionant consells a les organitzacions i als seus responsables sobre com descriure el seu treball partint d'indicadors, des de fa alguns anys la pregunta principal és com utilitzar les mesures de rendiment, ja que hi ha un acord generalitzat sobre el fet que només quan algú les utilitza aconsegueixen la seva finalitat.

Com ha comentat una de les persones més influents en reforma pressupostària, un dels principals perills dels sistemes de mesura del rendiment és que les mesures es vegin com una finalitat en si mateixes, com si mesurar no tingués altra utilitat que generar les mesures. Com ha dit Allen Schick (2001), quan la mesura de la *performance* esdevé "un concurs de bellesa a través de rànquings, el procés guanya en popularitat, però perd en rigor i coherència."

2. Aquesta classificació és universal. La descripció segueix força literalment el text de Radin (2006), que utilitzem diverses vegades en aquesta secció perquè es tracta d'una obra relativament recent i que, alhora, planteja les contradiccions de la tendència general a establir mesures de la *performance*. Amb relació a qualsevol d'aquestes categories, un indicador és una mesura numèrica o quantitativa de la quantitat o freqüència d'un input, activitat de procés, output o *outcome* particular.

La pregunta sobre “què cal fer amb les mesures de rendiment” té respostes diverses en funció de si s’adopta la perspectiva de l’organització o la del directiu individual. Des de la perspectiva general, la informació de rendiment pot servir a àmbits diferents:

Planificació: la definició dels objectius, l’explicació de les necessitats, la determinació dels recursos necessaris i l’establiment de les prioritats. En particular, la planificació estratègica necessita la informació de rendiment per tal d’ajustar el que fa l’organització als canvis en el context. Des d’aquest punt de vista, cal informació a més llarg termini i amb una perspectiva més àmplia. En el cas de la salut, els plans de salut tenen per finalitats principals incrementar els anys de vida saludable, reduir les disparitats en salut entre diferents grups de població, i aconseguir l’accés a serveis de salut preventius.

Gestió dels serveis: la presa de decisions sobre mitjans tècnics, personal, estructura de les organitzacions, relacions amb els usuaris i altres decisions d’administració general que afecten les actuacions. En aquest àmbit, la informació ha de permetre fer el seguiment detallat del dia a dia i introduir els canvis que calguin per millorar el servei a mitjà i llarg termini.

Prestació dels serveis que ofereixen els professionals: la millora de la interacció entre el prestador del servei i l’usuari o client, el personal mèdic i el pacient, en el camp de la sanitat. Les mesures de rendiment haurien de permetre desenvolupar el punt de vista de l’usuari o dels mateixos prestadors del servei amb relació a qüestions diverses i, en particular, a aspectes relacionats amb la qualitat del servei. La informació que procedeix dels ciutadans, extreta d’enquestes de satisfacció, presenta problemes pel fet que sovint és susceptible de biaix o de limitacions en els aspectes del servei que es poden valorar efectivament. Sovint, les valoracions dels ciutadans no coincideixen amb els indicadors de rendiment definits per l’Administració.

Preparació del pressupost: la presa de decisions sobre el nivell de recursos necessaris per assolir els objectius i les finalitats de la política. L’avantatge del procés pressupostari és que es tracta d’una discussió sobre números que, en aquest sentit, es limita a acordar les quantitats que es dedicaran a activitats específiques. El problema radica en què és gairebé impossible prendre decisions pressupostàries només basant-se en valoracions tècniques, com les mesures de rendiment ja que no és possible evitar el terreny polític pel fet que el pressupost és la principal negociació política anual.

Control del govern i redefinició de la política: comprovar si els que porten a la pràctica la política en contacte amb els ciutadans, es desvien dels propòsits del plans de govern, incloses les consideracions de tipus financer. Això implica la possibilitat de redefinició de la política, en el sentit de canvis substantius que puguin fer-la més eficaç o eficient. La informació en aquest camp té un caràcter marcadament macro i es refereix a tendències i pràctiques de caràcter general entre la població usuària.

Des de la perspectiva del directiu individual, la classificació de les funcions de la informació té en compte les finalitats del gestor en cada moment. Behn classifica les mesures de rendiment en funció de vuit finalitats principals: avaluar, controlar, pressupostar, motivar, promocionar, celebrar, aprendre i millorar, i associa, a cadascuna, les mesures més adequades.

Taula 2. Mesures de rendiment en funció de la finalitat perseguida

Finalitat	Tipus de mesura
AVALUAR Si l'organització va bé o malament	Mesures d' <i>outcomes</i> , d'inputs i sobre l'efecte de factors externs o contextuais
CONTROLAR Si tots els membres estan fent allò que se n'espera	Inputs
PRESSUPOSTAR Decidir en quins programes s'hauria d'invertir més diners dels pressupost	Mesures d'eficiència, en particular outputs/inputs
MOTIVAR Motivar el personal de línia, els caps intermedis, els col·laboradors externs, els usuaris... perquè facin allò que cal per millorar el servei	Mesures d'activitat o output i la seva comparació amb objectius de producció a curt i mitjà termini
PROMOCIONAR Convèncer els polítics, legisladors, actors externs del sector, periodistes i ciutadans, que l'organització està en una bona línia	Mesures de la part de rendiment que més interessa els ciutadans i que són fàcils d'entendre
CELEBRAR Posar en marxa el ritual de celebració d'èxits entre tots	Mesures de rendiment relacionades amb l'assoliment d'objectius que donen un sentit d'èxit col·lectiu
APRENDRE Per què algunes coses funcionen i d'altres no?	Mesures desagregades que permeten comparar i observar desviacions respecte d'allò esperat
MILLORAR Què es pot fer per millorar els resultats finals?	Mesures de procés que relacionen canvis operatius i canvis en els outputs/ <i>outcomes</i>

Font: elaboració pròpia a partir de Behn (2003).

3. Les debilitats del model clàssic de mesura del rendiment

El model clàssic de mesura del rendiment es troba, en la pràctica, amb importants problemes tècnics o de concepte que en dificulten el desenvolupament i l'aplicació. Més enllà d'aquests problemes pràctics, la bibliografia ha posat de relleu alguns efectes col·laterals sobre el comportament dels individus i les organitzacions, els quals s'observen amb la seva implantació. Ens ha semblat necessari dedicar espai a recollir alguns dels principals problemes i paradoxes que són objecte de discussió en la bibliografia, amb una especial atenció als problemes que deriven dels intents d'aplicació d'una mateixa eina en organitzacions professionals força diverses.

3.1. Principals problemes

Ambigüïtat en les intencions

Les finalitats i els objectius principals de les polítiques no sempre estan ben especificats (Jos i Tompkins, 2004). En molts casos, com en seguretat ciutadana o violència domèstica, en integració social de persones marginades o educació i sanitat de qualitat, el compromís clar i extern, amb mesures que reflecteixin la diversitat i amplitud de finalitats i objectius que té la ciutadania respecte d'un servei públic, és políticament arriscat. En aquest sentit, és políticament més segur un guiatge poc clar i la flexibilitat necessària per integrar la incertesa tècnica o financera de les opcions disponibles per tractar un problema.

Exigència d'outcomes

La mesura del rendiment estableix, però, requisits molt exigents pel que fa a la demanda d'expressar el progrés de les organitzacions en termes de valoració dels I –resultats o impactes de les polítiques. Malgrat que aquesta orientació és interessant, és molt difícil posar-la en pràctica, ja que, tradicionalment, les organitzacions han descrit la seva activitat en termes dels recursos que utilitzen, els processos que posen en marxa o les intervencions específiques que desenvolupen.

Baixa incidència en resultats, orientació a curt termini

Sovint, els professionals dels serveis públics tenen responsabilitats respecte a resultats sobre els quals tenen poca influència o poder per produir-los. El treballador social, per exemple, no controla les oportunitats de feina que ofereix el mercat o no pot canviar el potencial d'ocupabilitat d'una persona. Com van assenyalar March i Olsen, les accions apropiades a llarg termini, però inapropiades o costoses a curt termini, són difícils de mantenir. El metge pot operar de l'estómac una persona obesa, però li és més difícil canviar els seus hàbits d'alimentació.

Informació limitada

Poques organitzacions tenen informació abundant sobre els diferents aspectes que hem explicat sobre el rendiment. Al contrari, sovint la informació disponible no és l'adequada.

El fet més habitual és que tampoc es tinguin referències externes per comparar, ni tan sols informació sobre el punt de partida o *baseline*, la qual cosa hauria de permetre determinar si hi ha progrés en el rendiment d'un mateix servei. D'altra banda, la informació no és neutral i diferents actors tenen diferents visions sobre el que creuen que és "veritat". El que per a uns és una dada objectiva, per a d'altres és una opinió o una valoració.

Judicis equivocats

La impossibilitat d'aïllar les relacions causa/efecte amb la simple utilització d'indicadors, pot provocar judicis equivocats sobre el valor de les polítiques, ja que s'atribueixen resultats de manera exclusiva a la intervenció que es mesura, quan el més probable és que provinquin d'una varietat de factors interns i externs, o fins i tot és possible que passin per casualitat.

Diversitat de risc entre la població

La població usuària dels serveis presenta una diversitat de característiques que fan que la simple mesura quantitativa no sigui vàlida. Si bé l'estadística permet ajustar-ho en funció del risc –el cirurgià que opera casos més difícils i que per tant ha de tenir una taxa de supervivència més baixa–, no és fàcil corregir les mesures de resultats per nivells de risc. Aquest problema, que es dona en la sanitat (Newhouse, 2002), també és present en altres sectors, com l'educació –el mestre que té nens més difícils–, o en l'ocupació –baixos nivells d'ocupabilitat dels aturats–, per posar alguns exemples.

Multiplicitat d'intervencions i d'objectius

Les organitzacions públiques, de manera molt clara les del sector de la salut, es caracteritzen pel seu caràcter multiproducte i per integrar en el seu si intervencions amb objectius i lògiques molt diverses, que fins i tot poden entrar en contradicció. Un hospital és una organització professional complexa, tant per la dificultat d'algunes de les seves intervencions i la necessitat de professionals molt qualificats, com pel fet que intervé en camps i especialitats molt diversos. En aquests tipus d'organitzacions és molt difícil la mesura del rendiment del conjunt institucional i afirmar que són un èxit o un fracàs, ja que caldria valorar-ne els components. D'altra banda, els requisits que es van formalitzant tendeixen a ser insensibles a les diferències entre els diferents departaments o unitats.

Programes interdepartamentals i en xarxa

La multiplicitat també es pot referir al nombre d'unitats organitzatives necessàries per a la producció d'un resultat desitjat. Cada dia és més freqüent el caràcter interdepartamental de les intervencions dins un govern o administració, però també la formació de xarxes d'organitzacions per fer front a un problema o per atacar una condició que es vol canviar. Aquests trets també dificulten la valoració del rendiment ja que la seva mesura, quan es tracta d'una xarxa d'unitats o organitzacions interdependents, és encara més complicada.

3.2. Principals efectes en el comportament

Una qüestió, molt relacionada amb l'anterior, és la de l'efecte de la imposició de mesures de rendiment en organitzacions on el gruix del personal són professionals qualificats amb molts anys de formació. La utilització dels *outputs/outcomes* com a marc de referència, crea pressions sobre els professionals perquè es focalitzin en les parts de la seva feina que es valoren en els informes de control.

Visió túnel

La focalització en les mesures de control i la no-consideració d'altres factors importants o de les conseqüències no anticipades. Les mesures de rendiment interfereixen en les responsabilitats dels individus dins les organitzacions i en el seu judici d'allò que és important per portar a terme el seu treball. L'èmfasi en el control també pot limitar la innovació i l'ambició per fer provatures dels professionals. March i Olsen (1995), i Kanter (1977), havien anticipat un efecte similar entre els directius que, davant de la por a cometre errors en un entorn més transparent, adoptarien estratègies defensives i d'autoprotecció, com reduir l'assumpció de riscos i, en general, adoptar actituds més cautes a l'hora de prendre decisions sobre possibles canvis.

Posar més atenció en l'indicador que en el problema

El fet de mesurar alguna cosa és un incentiu directe per intentar millorar la imatge externa que es transmet del servei, encara que això pugui anar en contra del progrés en la solució del problema. En aquest sentit, la implantació de mesures de rendiment pot provocar la focalització excessiva en els indicadors, i el comportament estratègic que consisteix en treballar per aconseguir "bons resultats" d'allò que es demana. En aquest sentit, els serveis d'ocupació, a vegades, semblen més interessats en millorar les estadístiques, que no pas en solucionar el problema de fons dels seus usuaris; els treballadors socials poden tenir la temptació d'ocupar-se de més gent amb problemes "lleus" de treball temporal, abans que de menys gent amb problemes "greus" d'integració; els metges prefereixen també poder practicar aquest *creaming* tractant els pacients que són més fàcils de curar, que no pas els malalts greus o crònics.

Manipulació dels indicadors o *gaming*

Des de la perspectiva racional es considera normal que davant la pressió per millorar els "números" s'adopti un comportament que, encara que no es consideri professionalment correcte, asseguri el compliment dels objectius. Per exemple, en el cas de l'educació, els mestres que ensenyen amb l'objectiu específic que els seus alumnes treguin un bon resultat en un test estandarditzat.

El *gaming* implica també la idea de manipulació, més o menys directa, dels números. En el cas dels EUA està documentat que alguns estats van modificar les seves dades en educació sobre graduacions i abandonaments, van canviar preguntes dels exàmens o van fer els ulls grossos quan es va saber que alguns mestres havien comentat les preguntes que sortien al

test, havien llegit en veu alta les respostes correctes o donat als estudiants la possibilitat de corregir els seus errors després del test (Radin, 2006). En el cas de la sanitat britànica també està documentat que alguns organismes del National Health Service (NHS) van aprofitar l'ambigüitat dels conceptes –servei urgent d'ambulància– o van manipular directament les dades –temps d'espera a urgències o temps d'espera per a visita externa– per millorar els resultats que tenien major pes en l'avaluació del rendiment (Bevan i Hood, 2006).

Abaixar el llistó

El fet d'haver de fixar uns objectius anuals suposa, per a aquells que són objecte d'avaluació, un incentiu per no excedir els seus objectius actuals, fins i tot si tenen capacitat de fer-ho, ja que és d'acord amb aquests objectius que es fixen els de l'any següent. La conseqüència d'això són uns objectius relativament fàcils. En termes comparatius, si bé els que tenen un rendiment per sota del nivell esperat senten la pressió per millorar, aquells que estan clarament per sobre del nivell, es poden permetre abaixar-lo fins a situar-se en la normalitat.

3.3. Mesures de rendiment i tipologia d'organitzacions públiques

La llista de problemes i efectes col·laterals és llarga, però encara hi ha dues qüestions de fons a les quals volem dedicar una especial atenció, ja que entenem que l'aplicació d'un sistema de mesures del rendiment no pot obviar l'adaptació al tipus d'organització a la qual s'enfronta, ni deixar de considerar quina mena de professionals té al davant i els efectes que un sistema de "control" pot tenir en el seu treball diari i en la seva motivació.

Alguns autors de l'àmbit de la gestió pública (Radin, 2006; Wilson, 1989) veuen problemes en el model clàssic de rendiment perquè pensen que no totes les organitzacions públiques són iguals i que, per tant, una mateixa estratègia no és probable que pugui funcionar de la mateixa manera en tots els casos.

En l'àmbit europeu, és freqüent que una mateixa administració no gestioni directament una activitat o política, sinó que aportí els fons perquè altres administracions –per exemple, les locals– puguin desenvolupar la seva activitat. En el cas d'activitats finançades per una administració superior, com la Diputació o la Generalitat o la UE, les administracions locals moltes vegades només tenen capacitat per informar sobre activitats relativament simples o sobre el nombre d'usuaris i les seves característiques sociològiques. Recollir informació sobre els *outcomes* en un programa europeu, per exemple, requereix condicions i capacitats que no es donen en la major part dels ajuntaments.

Una de les classificacions més útils per veure que per a algunes organitzacions és molt difícil –sinó impossible– aportar informació sobre els *outcomes* de la seva feina, és la de Wilson, en el seu conegut llibre de l'any 1989, *Bureaucracy*. Per a Wilson, les organitza-

cions públiques divergeixen en dos sentits: 1) la mesura en què les seves activitats –outputs– es poden observar; i 2) la mesura en què els resultats d'aquestes activitats –outcomes– es poden observar. D'aquests dos criteris en resulten quatre tipus d'organitzacions: aquelles en què ambdós, outputs i *outcomes*, es poden observar; aquelles en que els outputs, però no els *outcomes*, es poden observar; aquelles en què passa al revés, els *outcomes*, però no els outputs, es poden observar; i aquelles en que ni uns ni altres no es poden observar.

De fet, una bona part dels organismes públics administratius són del segon tipus –més centrats en els procediments– i no veuen els seus resultats, perquè no en tenen directament o queden molt lluny. La pitjor situació és, però, la de les organitzacions del quart tipus, ja que tenen una situació difícil per satisfer la demanda d'aplicació de mesures del rendiment. Moltes unitats capdavanteres en la recerca clínica, per exemple, només es poden basar en la selecció del millor personal i en crear un clima laboral que generi “bons resultats” a mitjà i llarg termini.

3.4. Mesures de rendiment i valors professionals

L'altra qüestió, molt relacionada amb l'anterior, és la de l'efecte de la imposició de mesures del rendiment en organitzacions professionals. La mesura dels *outcomes* crea pressions sobre els professionals perquè es focalitzin en les parts de la seva feina que es valoren en els informes de control. Per als professionals, però, hi ha molts aspectes de la prestació de serveis respecte als quals la quantificació no és apropiada. Sovint, la seva principal preocupació són els aspectes relacionats amb l'aplicació dels últims coneixements i amb la qualitat de la prestació. Els serveis d'informació, en canvi, tenen problemes per reconèixer els objectius complexos de l'acció professional, tendeixen a donar major importància a l'eficiència, i busquen sortides pragmàtiques que els porten a mesurar el que és més fàcil de quantificar.

Per als autors que defensen el professionalisme, com Freidson (2001), es justifica que els professionals recorrin a normes i valors de la seva professió per fer front a les demandes de compliment burocràtic, administratiu i polític. Des d'aquesta perspectiva, les demandes d'*accountability* distorsionen els objectius de la pràctica professional, l'orgull i, fins i tot, la integritat professional.

Segons Freidson (2001) algunes habilitats que suposa el treball professional són formals, codificades i definides durant el període formatiu, però d'altres són tàcites –no verbalitzades– i no formen part d'una tècnica formal o codificada. És la professió “organitzada” la que té el poder de determinar qui està qualificat per fer una sèrie de tasques i per controlar els criteris pels quals s'avalua el rendiment en la professió. Aquesta avaluació és difícil i requereix informació indirecta o inferencial que només es pot obtenir de la pràctica professional o de la formació contínua.

D'altra banda, Freidson (2001), afirma que les professions tenen valors, idees i expectatives que constitueixen la seva ideologia professional. Aquestes ideologies són importants per mantenir o millorar l'estatus de la professió i els recursos que la societat dedica al seu desenvolupament. La ideologia d'una professió es basa en la idea de fer una feina ben feta i de qualitat, no es basa en el guany econòmic. D'aquí que la principal preocupació no sigui l'eficiència, sinó la qualitat del servei o la productivitat.

Per a Freidson (2001) la idea de sotmetre el professional a una sèrie de mesures estandarditzades crea dinàmiques que poden comportar efectes i comportaments inapropiats, com una major insatisfacció dels professionals que estan a la primera línia, una disminució de la curiositat i de l'interès teòric, la pèrdua de l'esperit del professionalisme, o de no anar més enllà del que hagi previst l'administració i, per tant, es perd el coneixement no anticipat.

Al mateix temps, a la societat hi ha una certa desconfiança envers els professionals, en el sentit que els professionals busquen el seu propi interès i un poder il·legítim. Això deriva de la por que els professionals tinguin un poder de monopoli i en puguin abusar. Per a altres autors (Jos i Tompkins, 2004) la qüestió és trobar un equilibri entre la imposició d'estàndards externs raonables i el judici professional responsable. Es considera que les mesures de rendiment poden actuar com un correctiu del criteri individual, la qual cosa podria significar un cert allunyament de les normes legals i socials i, fins i tot, una certa irresponsabilitat professional. Alhora, però, es considera que un excés de procedimentalisme i d'imposició de mesures externes pot suposar una pèrdua de l'autonomia i dels valors professionals, fins al punt de crear un conflicte entre els que presten els serveis i els que tenen l'autoritat per definir els *outcomes* i les mesures del rendiment.

El cas de la sanitat nord-americana (Eddy, 1998) ha generat un important debat sobre els efectes, en els professionals, de les directrius HEDIS i d'altres mesures que, fruit d'un esforç concertat entre el sector públic i privat, es van desenvolupar en els últims anys. Els professionals del sector majoritàriament privat –ja que els programes públics es limiten a la gent gran i a la gent amb baixos nivells de renda– es queixen de la pressió que senten per comprometre el seu professionalisme i el seu instint humà, per raons de negoci. La queixa també s'estén als costos de transacció que suposen les certificacions i els procediments administratius que s'han anat desenvolupant. La percepció general és que, amb el pas dels anys, aquestes mesures han perdut la seva orientació inicial amb relació a la qualitat, per fer-se servir cada vegada més com a eina per limitar el cost dels serveis. Aquesta percepció s'ha vist reforçada pel fet que els programes públics Medicare i Medicaid utilitzen les mesures HEDIS per decidir quin ha de ser el pagament de les prestacions.

CAPÍTOL 2.

ELS MODELS COMPARATS D'AVALUACIÓ DEL RENDIMENT EN GESTIÓ DE LA SALUT

1. Els sistemes de mesura del rendiment en sanitat: els casos del Regne Unit, Holanda, Austràlia, Canadà i els EUA

Diferents països i organitzacions internacionals han desenvolupat sistemes per avaluar el seu model de gestió de la salut, el seu funcionament i els resultats que estan obtenint, tant en termes d'estat de salut de la població, com d'eficàcia, equitat, eficiència i qualitat en la gestió dels serveis sanitaris. Si bé tots els sistemes comparats utilitzen criteris de valoració similars i es basen en agregats d'indicadors, el marc conceptual i la filosofia que hi ha al darrere pot ser força diferent.

En aquest capítol presentem individualment els sistemes d'indicadors de dos països europeus, el Regne Unit i Holanda, i de tres països no europeus, Canadà, els EUA i Austràlia, partint d'un treball d'Arah *et al.* (2003), i un esquema de quatre punts: breu introducció al sistema; principal iniciativa en la mesura del rendiment i àmbits o àrees objecte d'anàlisi; comentari sobre el tipus d'informació que es publica, i breu definició del concepte d'efectivitat i qualitat del sistema.

De la comparació entre aquests cinc països, el que més ens ha interessat ha estat el contrast entre el cas britànic i el cas holandès. Aquest últim és posterior i aprofita l'experiència britànica, però respon a una filosofia i segueix una estratègia força diferents. Per això, després de la presentació breu dels cinc sistemes, dediquem un espai per explicar més detalladament aquests dos casos, i per analitzar la mesura en què un o altre aconseguixen estimular canvis en el sector, més enllà de la correcció aparent de les mesures i els indicadors seleccionats.

1.1. El cas britànic

El Regne Unit compta amb un sistema nacional de salut des de l'any 1948. El National Health Service (NHS) és l'organisme públic que té la responsabilitat de la provisió de ser-

veis sanitaris per a tota la població. El seu finançament és públic i es fa a través dels impostos, per assegurar l'accés universal.

El primer sistema d'indicadors de rendiment en sanitat va aparèixer a Anglaterra i el País de Gal·les l'any 1983, amb un Govern conservador (Pollitt, 1985). Els indicadors britànics es van iniciar per la preocupació del Govern conservador del moment pel cost del sistema i la manca d'eficiència, però amb els anys van anar incorporant altres indicadors d'efectivitat clínica i de satisfacció dels pacients. L'any 2000, el Govern de Blair va introduir una nova dinàmica en voler dotar-lo d'una major transparència i competitivitat.

Principal iniciativa i àmbits d'anàlisi

El sistema britànic es basa en la idea del *Balanced Scorecard* de Kaplan i Norton (1992), aplicat al sistema nacional de salut. Això vol dir que el conjunt dels indicadors hauria de donar una foto equilibrada del rendiment del sistema i dels organismes que el componen.

En el país, l'anomenada *Performance Assesment Famework* identifica sis àrees principals de resultats:

- a) millora de la salut
- b) accés just
- c) prestació efectiva dels serveis necessaris
- d) eficiència
- e) interacció entre pacient i proveïdor del servei
- f) resultats en salut dels serveis del NHS.

Dins de cada un dels hospitals, i dels altres organismes que formen el sistema, les àrees de mesura del rendiment són quatre:

- a) efectivitat clínica
- b) eficiència
- c) experiència pacient/prestador
- d) capacitat.

D'altra banda, hi ha uns àmbits prioritaris, els quals poden canviar, però que han estat, fins ara, salut mental, gent gran, malalties del cor i diabetis.

La publicació de la informació

El sistema produeix uns *headline indicators*, o indicadors principals, que es fan públics anualment amb informació de referència, la qual permet identificar els bons i mals resultats principals de tot el país. Se suposa que aquests indicadors reflecteixen les prioritats del Govern i mesuren el progrés contra estàndards predefinits com, per exemple, la reducció del 40% en errors de prescripció, la reducció del temps d'espera a menys de tres mesos per a les visites externes a hospitals, o la reducció del temps d'espera per una operació a sis mesos.

L'element més vistós, i que ha generat més polèmica, del sistema britànic, ha estat el *Performance Star Ratings System*, és a dir, la traducció dels valors que prenen els indicadors de rendiment per a cada un dels organismes en una nota general a la qual tenen accés tots els ciutadans i que s'expressa en forma d'estrelles.

- El millor resultat possible són tres estrelles, la qual cosa es tradueix en plena autonomia de gestió per a l'organisme sanitari, el qual pot decidir com utilitza els recursos lliurement.
- El segon millor resultat són dues estrelles que permeten l'exercici de l'autonomia en la gestió, però sota l'aprovació de l'oficina regional.
- Els pitjors resultats, d'una i zero estrelles, obliguen la institució sanitària a treballar amb l'Oficina de Modernització per millorar-ne la gestió.

Els conceptes d'efectivitat i qualitat

El concepte d'*efectivitat* s'associa de manera clara a la idea d'*outcomes* del NHS i es defineix amb relació als criteris d'accés just, servei efectiu, apropiat, en el moment adequat i que compleix amb els estàndards generals.

El concepte de *qualitat* deriva del d'efectivitat, ja que no es mesura directament la qualitat, sinó que s'identifica allà on hi ha problemes de qualitat, d'acord amb els indicadors nacionals.

1.2. El cas holandès

El sistema de salut holandès és un sistema mixt d'organitzacions públiques i privades, si bé la majoria són privades sense ànim de lucre. Fortament regulat pel Govern, el seu finançament és públic en un 80%, a través de la seguretat social i els impostos generals. La resta són assegurances privades i pagaments directes.

Principal iniciativa i àmbits d'anàlisi

La Inspecció dels serveis sanitaris a Holanda, una unitat dins del Ministeri de Salut, Benestar i Esport, va decidir, l'any 2003, desenvolupar uns indicadors de rendiment per a hospitals, que cobrissin la seguretat dels pacients i l'eficàcia clínica.

El projecte holandès es caracteritza per promoure un conjunt d'indicadors que siguin útils a cada institució per a la seva autoavaluació, amb la perspectiva de rebaixar la tolerància organitzativa pels mals resultats en la gestió dels serveis sanitaris. La filosofia és que els indicadors han de servir internament per generar millores reals i han de tenir sentit en el context específic.

El sistema s'organitza en tres grans àmbits i per a cada àmbit hi ha alguns indicadors d'estructura, procés i *outcomes* que van ser consensuats, en el seu moment, amb el sector:

- a) hospitals en general
- b) urgències i cures intensives
- c) algunes intervencions específiques.

Als hospitals, en general, els primers indicadors es van dedicar a:

- 1) úlcera
- 2) transfusió de sang
- 3) seguretat en la prescripció de medicaments
- 4) tecnologia de la informació
- 5) infeccions de ferides
- 6) registre de complicacions
- 7) inventari de riscos clínics.

A les sales d'urgències i de cures intensives:

- 1) dolor postoperatori
- 2) volum d'intervencions d'elevat risc
- 3) cirurgia laparoscòpica
- 4) operacions cancel·lades
- 5) repeticions d'operacions no previstes
- 6) cures intensives.

A les intervencions específiques:

- 1) embaràs
- 2) diabetis
- 3) fallada del cor
- 4) infart de miocardi
- 5) accident cerebrovascular
- 6) fractura del maluc
- 7) substitució del maluc
- 8) tumor de mama
- 9) cirurgia de cataracta.

La publicació de la informació

En el cas holandès, tots els ciutadans i mitjans de comunicació tenen accés a la informació que publiquen els hospitals que, en aquest sentit, es comprometen a fer públics els seus indicadors.

No hi ha un *Ratings System* promociat pel Govern, i els indicadors que publica cada hospital no es tradueixen en rànquings o altres ordenacions, llevat que ho facin els mitjans de comunicació o els instituts d'investigació. Tampoc hi ha uns indicadors principals sobre

el sistema, els quals es facin públics en l'àmbit nacional o que permetin diferenciar les institucions entre "bons" i "mals" resultats.

Els conceptes d'eficàcia i qualitat

En el cas holandès, el concepte d'*efectivitat* és relatiu, i es fa dependre del context específic. Un sistema és efectiu en funció dels resultats que obtingui en estructura, procés i resultats, ja que s'entén que les tres coses estan relacionades.

El concepte de *qualitat* és semblant i actua com a finalitat última, és a dir, el fet important no són tant els valors dels indicadors, sinó que aquests facin pensar a les organitzacions que els cal entrar en una dinàmica de millora, ja que els indiquen els problemes de qualitat. La millora de la qualitat ha de ser contínua.

1.3. El cas canadenc

El sistema de salut del Canadà és un sistema complex, de finançament públic majoritàriament, que cobreix tots els costos dels serveis mèdics necessaris, ja sigui de metge o hospital, sota un marc federal que inclou les províncies i els territoris autònoms.

A diferència dels EUA, totes les províncies i els territoris que formen Canadà tenen actualment una política d'assegurança universal per als serveis hospitalaris i d'assistència primària, similar a la política espanyola i catalana. Com en el nostre cas, altres serveis suplementaris de medicaments, dentista, fisioteràpia, i cures a casa, són finançats per una barreja d'assegurances públiques i privades, o a través de pagaments directes dels pacients. Als anys vuitanta, es va crear una comissió i grup de treball sobre la reforma de la política sanitària, i als anys noranta es van crear les regions sanitàries dependents de les províncies i els territoris, encarregades de supervisar el funcionament dels serveis sanitaris.

Principal iniciativa i àmbits d'anàlisi

La principal iniciativa, pel que fa a la mesura de rendiment és la *Canadian Health Information Roadmap Initiative Indicators Framework*, definida com una guia de ruta que ha de respondre dues preguntes bàsiques: quin és l'estat de salut dels canadencs, i quin és el rendiment del sistema de salut del Canadà.

Els quatre àmbits sobre els quals es vol aportar informació comparativa són:

- 1) l'estat de la salut
- 2) determinants no mèdics de la salut
- 3) rendiment dels serveis sanitaris
- 4) característiques diferencials dels sistemes de les diferents regions i comunitats.

Pel que fa al rendiment dels serveis sanitaris es distingeixen vuit àrees:

- 1) acceptabilitat
- 2) accés
- 3) adequació
- 4) competència
- 5) continuïtat
- 6) eficàcia
- 7) eficiència
- 8) seguretat.

Els indicadors de rendiment no cobreixen tots aquests àmbits en la mateixa extensió, però sí recullen informació contextual sobre les característiques de les regions i les comunitats, els seus recursos i els elements diferencials del seu sistema de salut. També es fan enquestes periòdiques de les expectatives, la satisfacció i les opinions dels usuaris.

Alguns dels indicadors es refereixen a casos declarats de noves malalties, d'altres es refereixen a malalties específiques per grups d'edat, com, per exemple, la pneumònia i la grip, taxes de mortalitat en malalties que es poden tractar mèdicament, o taxes d'hospitalització en malalties que es podien haver tractat en assistència primària.

La publicació de la informació

El govern canadenc fa públics catorze indicadors sintètics que cobreixen l'estat de salut, l'evolució dels principals resultats i la qualitat del servei.

Els conceptes d'efectivitat i qualitat

La idea fonamental de la iniciativa canadenca és la d'ajudar els gestors i altres decisors, a prendre les decisions pertinents en el moment i en el lloc adequats. El sistema adopta la perspectiva del pacient com a usuari i intenta fer-lo participar en consultes, enquestes i en iniciatives de l'àmbit comunitari.

El sistema canadenc defineix efectivitat en base a la idea d'intervenció o acció que assoleix els resultats desitjats. Mentre que la qualitat es veu com un concepte amb múltiples dimensions i perspectives. També es presenta la qualitat com a filosofia de fons, la qual busca la millora continua en la gestió interna dels serveis, però no té una traducció externa en forma d'indicadors o taules comparatives. La qualitat també s'expressa com a control previ a través de l'acreditació, una eina que està sota el control del Consell Canadenc per a l'Acreditació en Serveis Sanitaris.

1.4. El cas australià

Austràlia compta amb un sistema universal amb una estructura federal on el finançament, les prestacions i les responsabilitats regulatòries, són compartides entre el Govern central

i els governs estatals. Els serveis sanitaris australians s'estructuren en programes de salut per a la població, serveis d'assistència primària, hospitalària, i serveis de continuïtat.

Els anys noranta van ser un període d'esforços concertats pels governs central i estatals, juntament amb el sector de la salut, amb la finalitat de desenvolupar un marc conjunt per avaluar el sistema de salut australià. Aquests procés es va centrar en la qualitat dels serveis i en els resultats de salut entre la població. L'any 1999, el Govern federal va impulsar un nou projecte per millorar el rendiment del sistema amb la creació d'un *National Health Performance Committee*, el qual es va encarregar de treballar en un nou marc de mesura del rendiment dels serveis en salut, a partir de l'experiència canadenca com a guia de ruta.

Principal iniciativa i àmbits d'anàlisi

El sistema australià del *National Health Performance Committee* té per objectiu central la comparació entre els estats i els resultats nacionals. La principal idea va ser la de crear un instrument que facilités dades per al *benchmarking* entre estats, en un terreny força operatiu, però que alhora facilités també les decisions estratègiques. El sistema té tres preocupacions principals, mentre que a l'equitat se la tracta com un element que té relació amb les tres dimensions:

- a) evolució de l'estat de la salut
- b) determinants de la salut, en particular elements d'entorn i socioeconòmics
- c) rendiment dels serveis sanitaris.

El rendiment del sistema s'analitza basant-se en nou àrees o dimensions:

- 1) efectivitat
- 2) adequació
- 3) eficiència
- 4) capacitat de resposta
- 5) accessibilitat
- 6) seguretat
- 7) continuïtat
- 8) capacitat
- 9) sostenibilitat.

També es defineixen unes àrees prioritàries com, per exemple, cardiovascular, traumatologia, càncer, asma, depressió i diabetis.

La publicació de la informació

La informació disponible sobre rendiment i qualitat, a Austràlia, procedeix tant dels governs central i estatals, com d'un conjunt d'organismes que tenen funcions diferents amb relació a la qualitat de la sanitat. El *National Health Priority Action Council* vetlla pels resultats en relació amb malalties específiques; el *National Institute of Clinical Studies* promou

les millors pràctiques mèdiques; mentre que l'*Australian Council for Safety and Quality in Health Care* informa sobre l'ús de les dades, els temes de seguretat i la qualitat, i el *Quality Improvement Council* es dedica a l'acreditació dels serveis.

Els conceptes d'efectivitat i qualitat

El concepte d'*efectivitat* es relaciona amb el fet que la intervenció o l'acció assoleixi els resultats en el moment precís. Hi ha, doncs, un element temporal en la definició, el qual connecta amb els objectius de prevenció i de detecció de les malalties a temps, en particular en els casos de sida, càncer de mama, o altres càncers en desenvolupament.

La *qualitat* es defineix de manera molt similar a la idea de rendiment. S'entén que el sistema funciona correctament si fa unes intervencions d'elevada qualitat d'una manera eficient des de la perspectiva dels costos.

1.5. El cas nord-americà

Els EUA tenen un sistema de salut plural, descentralitzat, amb predomini del finançament privat (bàsicament a través de les empreses), i regulació federal i estatal variable. El programa federal *Medicare* és una assegurança que cobreix la gent gran i els discapacitats, mentre que el programa federal i estatal *Medicaid* cobreix la població amb nivells de renda inferiors i les persones discapacitades. Molts dels ciutadans assegurats i no assegurats han de fer-se càrrec de pagaments directes.

Les empreses d'assegurança privades operen en un mercat competitiu, en el qual els pacients i proveïdors fan les seves eleccions d'acord amb la informació sobre qualitat i cost econòmic dels anomenats plans de salut. El control del rendiment es fa via mercat per les decisions preses pels consumidors en comprar o deixar de comprar els plans de salut. Això no és contradictori amb el fet que el sistema de salut dels EUA és un dels que és objecte de més recerca, també en relació a temes d'eficàcia i de qualitat.

Principal iniciativa i àmbits d'anàlisi

En el cas dels EUA no es pot parlar d'un únic sistema nacional d'indicadors de resultats sinó de diverses iniciatives:

1. El projecte *Healthy People 2000* va ser el primer gran pla de salut nacional amb quatre-cents seixanta-set objectius i vint-i-vuit àrees d'atenció, basant-se en un model de salut de la població i en l'estudi dels determinants de la salut. Partia d'una visió preventiva, i reclamava un major nombre de pràctiques de prevenció. *Healthy People 2010* té dos grans objectius: allargar els anys de vida sana entre la població americana i eliminar les disparitats entre grups de població. El projecte té deu indicadors clau.

2. L'*Institute of Medicine*, per encàrrec del Govern federal, ha estat el principal impulsor de dos grans projectes. En primer lloc, va proposar un *framework* o marc per a la millora de la salut en l'àmbit nacional, en el qual es distingeixen sis àrees de *performance*:

- 1) seguretat
- 2) eficàcia
- 3) pacient en el centre
- 4) puntualitat
- 5) eficiència
- 6) equitat.

L'*Institute of Medicine* també és la institució responsable de publicar un informe sobre qualitat, el *National Health Care Quality Report*, que té per objectiu principal examinar la qualitat dels serveis que proporciona el sistema a la població en general i als seus grans subgrups. El Govern federal, conjuntament amb els governs estatals, són els responsables de generar els indicadors de qualitat.

3. La principal enquesta sobre les experiències dels consumidors en l'àmbit de la salut és l'anomenada CAHPS, mentre que el HEIDIS és el principal sistema d'indicadors estandaritzats que examina la qualitat del servei, l'accés, la satisfacció del consumidor, la freqüentació i l'ús dels serveis, les finances de la salut i la gestió dels plans privats. El HEIDIS és finançat per l'AHRQ, *Agency for Health Research and Quality* i l'utilitza, entre altres institucions, l'organització que fa les funcions d'acreditació, la NCQA.

La publicació de la informació

En el cas dels EUA, on el sector privat és dominant, els informes comentats publiquen força informació sobre la relació entre els consumidors i les empreses privades d'assegurança, atesa la necessitat de controlar-ne el comportament a través de la regulació pública del sector i les eleccions dels consumidors en el mercat.

Els conceptes d'efectivitat i qualitat

El concepte d'*efectivitat* de l'*Institute of Medicine* està relacionat amb la idea de proporcionar serveis, basant-se en el millor coneixement científic, a tots els que se'n puguin beneficiar. Altres conceptes que trobem a l'article d'Arah *et al.* (2003), també es refereixen a la idea que el servei es proporcioni d'una manera correcta, en funció dels coneixements de què es disposa en cada moment, de manera que s'assoleixi el resultat que el pacient preveu o desitja. És interessant la referència de l'*Institute of Medicine* a la necessitat d'evitar la sobreutilització innecessària del sistema.

La *qualitat* es defineix, en termes molt similars, com "el grau en què els serveis sanitaris per als individus i les poblacions incrementen la probabilitat dels resultats desitjats, i són consistents amb el coneixement professional de cada moment."

1.6. Què aprenem de la comparació d'aquests cinc sistemes?

La informació sintètica sobre aquests cinc països, d'acord amb l'article d'Arah *et al.* (2003), permet extreure ja algunes conclusions sobre l'establiment de sistemes d'indicadors:

Posició amb relació a la comparació externa i els rànquings

Alguns sistemes, com el britànic, tenen com a element central l'orientació a generar una síntesi d'indicadors que permeti ordenar les institucions en funció de la seva puntuació final. Altres sistemes, com l'holandès, rebutgen explícitament aquesta possibilitat, i cerquen que sigui cada institució la que expliqui a la societat els seus resultats, basant-se en un marc prèviament acordat de mesures comunes. Altres sistemes, com el canadenc i l'australià, mantenen una posició ambigua sobre aquesta qüestió, ja que si bé produeixen indicadors principals i publiquen els seus informes, no busquen l'efecte de lloanxa o càstig públic que sembla buscar el sistema britànic.

A qui s'adreça la informació sobre rendiment?

Tots els sistemes són conscients que l'eficàcia de les mesures i els indicadors depèn de l'audiència que puguin tenir en el sector o en la societat. Alguns sistemes, com el britànic i el canadenc, generen de manera centralitzada indicadors principals i ofereixen, a tots els ciutadans, informació sintètica sobre rendiment del sistema, any per any. Altres, com l'holandès, limiten la informació al sector, i entenen que és aquest i no l'Administració pública qui ha de fer pública la informació. Per últim, sistemes molt descentralitzats, com el nord-americà, produeixen molta informació que posen a disposició del ciutadans, però sense un ànim de control central previ d'aquesta informació.

Elements contextuais

Alguns sistemes tenen un concepte més relacional de salut, cosa que els fa donar un major pes als elements contextuais i als determinants socioeconòmics o d'entorn en la salut dels individus. Els estats federals, com Canadà, Austràlia i els EUA, mostren una preocupació per les característiques diferencials dels estats o províncies de la federació, els seus recursos i les diferències en la gestió dels serveis sanitaris.

Àrees prioritàries de mesura del rendiment

Tots els sistemes defineixen rendiment partint d'unes àrees prioritàries –l'accés, la seguretat, el moment en què s'intervé, l'adequació de la intervenció...– que compleixen la funció de concretar aquest concepte. Alhora, solen definir uns àmbits en els quals es fa l'anàlisi com, per exemple, hospitals en general, assistència primària o intervencions específiques. Algunes condicions de salut com la diabetis, les malalties coronàries i el càncer, reflecteixen les necessitats epidemiològiques característiques de les nacions industrialitzades.

Identificació de qualitat amb rendiment

De manera explícita o implícita, s'estableix un vincle entre efectivitat o eficàcia del sistema i qualitat. La idea d'eficàcia implica assolir una elevada qualitat en els serveis sanitaris. I la idea de qualitat es defineix com l'aplicació del millor coneixement professional disponible en cada moment, la qual cosa suposa incrementar les probabilitats dels resultats desitjats i, per tant, d'eficàcia. Malgrat que són importants les mesures de procés, ja que constitueixen l'evidència que explica els resultats finals, els indicadors d'*outcomes* són més freqüents que els de procés.

Equilibri entre objectivitat científica i factibilitat

En el rerefons de tots els sistemes hi ha lluites de poder entre puristes i pragmàtics, entre els nivells decisors i els nivells operatius, entre els ministeris de l'administració central i els organismes descentralitzats. Els intents de governar el sistema, busquen la comparació, compartir la informació, i estendre les millors pràctiques a través de l'aprenentatge i el *benchmarking*. En tots els casos, les expectatives són elevades, i això pot generar frustració si no es compleixen amb la implementació i l'ús de les mesures.

2. El model britànic amb més profunditat: evolució i crítica

El sistema polític i institucional britànic es defineix com un sistema majoritari –en el qual el sistema electoral garanteix una majoria sòlida al Govern en el Parlament– i molt centralitzat, com a mínim pel que fa a Anglaterra i el País de Gal·les. El Govern central té, doncs, el poder d'introduir reformes importants en les polítiques i els sistemes de gestió sense haver de consensuar la seva política amb altres governs i administracions.

L'establiment d'un sistema d'indicadors de rendiment en sanitat va respondre a la decisió d'un Govern conservador que havia de fer front a la crisi econòmica de principis dels vuitanta. Atès l'elevat pes del NHS en les finances públiques, el Govern es veia obligat a controlar-ne la despesa. Això explica que els indicadors fossin, en el seu origen, indicadors de cost i eficiència. Com explica Pollitt (2007), al llarg dels anys el sistema va evolucionar cap a un sistema molt més integral, en el sentit d'incloure altres tipus d'indicadors i, en particular, indicadors d'eficàcia clínica, d'efectivitat del sistema de salut i de satisfacció dels usuaris. En menys de deu anys el sistema d'indicadors de rendiment de la sanitat britànica va passar dels 150 indicadors de l'any 1983 a, prop de 2.000, a principis de la dècada dels noranta. Segons Bevan i Robinson (2005), els governs conservadors anteriors a Blair van protagonitzar diversos intents de generar incentius per millorar el rendiment i enfortir la posició dels gerents davant de la professió mèdica. Durant la dècada dels noranta van treballar amb la idea d'un mercat interior en el qual els proveïdors havien de competir uns contra els altres, una idea que va tenir un important ressò a Catalunya. Com va passar aquí, el Ministeri central britànic va haver de continuar intervenint per evitar que els hospitals patissin la desestabilització de les seves finances en el mercat.

Va ser el govern de Blair el que va impulsar les taules comparatives i el sistema de recompensa/càstig públic a través de les estrelles. Segons la majoria de comentaristes britànics, el sistema de les estrelles va tenir un fort impacte en la societat britànica, en la percepció que tenien els ciutadans dels seus hospitals, i en la carrera dels seus administradors i gerents. Els hospitals que no assolien cap estrella rebien una publicitat negativa que afectava de manera directa la seva reputació i imatge externa. Alguns dels indicadors recollits pel Govern britànic han estat àmpliament divulgats pels partits polítics i la premsa com, per exemple, els dies d'espera per a una visita externa als especialistes dels hospitals, el nombre de morts en els trenta dies posteriors a una operació quirúrgica, o el percentatge de pacients que consideren que han estat tractats amb respecte i dignitat durant la seva estada a l'hospital. Però, potser per la complexitat del sistema d'indicadors, el debat públic s'ha centrat més en el nombre d'estrelles que tenia cada hospital. Com diu Pollitt (2007), les estrelles, com a les guies turístiques, tenen el poder de sintetitzar en un únic resultat un conjunt molt ampli d'indicadors.

Segons Bevan i Hood (2006), en l'àmbit central hi havia dues unitats de control: una oficina, en l'entorn del Primer Ministre, encarregada de controlar un conjunt d'objectius principals del Govern –dos o tres de sanitat– i el Tresor que, des de 1998, va imposar la seva política de contractes amb mesures de resultats (*Public Service Agreements*) per a la distribució dels recursos pressupostaris. D'altra banda, el Departament de Salut va continuar fent la funció de controlador de les prestacions dels organismes proveïdors dels serveis. El sistema britànic també compta amb un regulador extern dels estàndards de salut, *Health-care Commission*, que és la responsable de les inspeccions i de la publicació de les estrelles a partir de cinquanta indicadors; i amb dos organismes de control tradicionals, la *National Audit Office*, que audita la despesa pública del Govern central en tot el Regne Unit, i l'*Audit Commission* que audita la despesa del NHS a Anglaterra.

2.1. La part positiva

En el cas britànic, els objectius i els indicadors es van fer públics, i el sistema de mesura de rendiment es va aplicar als més de 600 organismes del NHS a Anglaterra. Els premis o les sancions consistien en efectes en la reputació pública; increment del pressupost per als que aconseguien millors resultats; major autonomia de gestió per als que demostraven la seva capacitat; retribucions extraordinàries i prolongació dels contractes.

Amb la reforma de la sanitat, el Govern feia ben patent la seva posició amb relació al que calia fer per modernitzar la gestió pública (Cabinet Office, 1999) i aconseguia algunes millores notables. Segons els informes del Govern que comparaven l'abans i el després, i l'evolució dels organismes de salut que no van entrar en el sistema de les estrelles fora d'Anglaterra, dins el Regne Unit, el sistema va millorar en alguns aspectes fonamentals, com el temps d'espera en serveis d'urgències, la satisfacció dels pacients dels serveis d'ur-

gències, el temps de despatx, l'arribada de les ambulàncies en casos urgents i el temps d'espera per a la primera visita externa a l'especialista.

2.2. Els dubtes

El sistema britànic de mesura del rendiment que es va presentar a l'opinió pública com un èxit del govern, va ser objecte de duríssimes crítiques entre els experts en gestió pública i els professionals de la salut. En termes generals, molts van considerar que no s'havien superat les dificultats per capturar la idea de qualitat, impacte o *outcome*, i que el sistema necessitava noves dades, costoses i difícils de recollir, si es volien cobrir aspectes de rendiment no mesurats.

Les principals crítiques, però, es van dirigir a la validesa de les dades en detectar diversos casos de manipulació. Així, Bevan i Hood (2006), aporten evidència d'estudis d'organismes de control i supervisió, com la *Commission for Health Improvement*, la *British Medical Association* o l'*Audit Commission*, que demostren la distorsió dels indicadors per als principals objectius en els quals el Govern va fonamentar el seu èxit. En uns casos, els problemes eren de discrepància entre els nivells oficials de resultats i les dades que sortien d'estudis independents –temps d'espera a urgències, per al qual el govern havia fixat un objectiu de menys de quatre hores. En altres casos, hi havia problemes de definició –per exemple del que constituïa la categoria “amença per a la vida del pacient”, en el cas de les ambulàncies– o d'ambigüitat respecte al moment en què es posava en marxa el rellotge. Encara en altres casos, l'*Audit Commission* va trobar errors en les dades que aportaven dinou organismes sobre el temps d'espera per a la primera visita externa.

2.3. Les lliçons per a Catalunya

L'experiència britànica posa de relleu els problemes de mesura en el món real, i la dificultat per aplicar mesures de reforma que, malgrat que tinguin molt de sentit, no són fàcils de posar en marxa en un context complex com el de la gestió de la salut. De les diverses lliçons que es poden extreure del cas britànic, en destaquem les tres següents:

El risc dels indicadors parcials

En altres paraules, és difícil incloure indicadors que representin adequadament els resultats de tot el sistema, i no només una part –d'aquí que sovint es faci servir la imatge de la sinècdoke. Tal com assenyalen Bevan i Hood (2006), normalment hi ha un petit grup d'indicadors que són bones mesures, un grup més gran d'indicadors que són mesures imperfectes d'allò que es vol mesurar, però per als quals hi ha dades disponibles, i un tercer grup per als quals no hi ha dades disponibles.

La vulnerabilitat dels sistemes de mesura

Els sistemes de mesura del rendiment són vulnerables i els actors tenen incentius per aprofitar les escletxes i manipular, no només les dades, sinó també els conceptes per intentar sortir el millor possible a la foto que resulta dels indicadors. La idea del *gaming*, o subversió del sistema, hauria de preocupar els promotors de la transparència i el bon govern, ja que pot fer abandonar tot allò que no es mesura, de manera que s'acabi encertant l'objectiu formal, però no aconseguint allò que és socialment important, pel fet de tenir un rendiment baix en els aspectes que no són objecte de mesura.

La dificultat per aplicar les sancions

Alguns dels premis i sancions, defensables en un paper, són difícils de portar a terme fins a les seves últimes conseqüències. Per exemple, l'acomiadament dels gerents hospitalaris d'acord amb els resultats dels hospitals. Fins i tot la idea d'incrementar el pressupost als que tenen uns millors resultats va en contra d'altres principis, com el de donar més al que es troba en una pitjor situació, perquè pugui anar millorant i aproximar-se a la resta.

3. El model holandès amb més profunditat: evolució i crítica

Des de l'any 1979 hi havia a Holanda una Organització Nacional per a la Garantia de la Qualitat als Hospitals, però no va ser fins l'any 2005 que es va aprovar el primer projecte d'indicadors de rendiment impulsat per la Inspecció del Ministeri de Salut.

Segons Pollitt (2007), entre una i altra iniciativa, els hospitals van emprendre diverses accions per tal de millorar els seus serveis, el Govern holandès va organitzar una comissió independent, la Comissió Dekker, la qual va recomanar l'adopció d'una major orientació de mercat en política sanitària. La Comissió i el sector es van reunir en múltiples conferències fins que van arribar a desenvolupar uns estàndards de qualitat que van ser aprovats per una llei, l'any 1996. Aquesta llei obligava a recollir un conjunt mínim de dades, si bé deixava que els hospitals seguissin la seva pròpia estratègia de qualitat. Com ha posat de relleu Pollitt (2007), la gènesi del sistema holandès va ser força diferent de la del sistema britànic en la mesura que aquell va sorgir per un problema de cost i ineficiència, mentre que el sistema holandès es va orientar a temes de qualitat, eficàcia i seguretat del pacient, des del principi.

La iniciativa que la Inspecció del Ministeri de Salut va iniciar l'any 2003 va seguir la pauta consensual pròpia de les institucions holandeses. El Govern va convidar una àmplia varietat d'actors socials a participar en unes discussions a les quals el Govern es reservava un paper marginal. Per a la Inspecció holandesa, el sistema només podia tirar endavant si comptava amb la cooperació de l'associació d'hospitals holandesa i l'associació d'especialistes mèdics, si bé també va implicar el Departament de Política Sanitària i Gestió de la Universitat Erasmus a Rotterdam i l'Institut Nacional per a la Salut Pública i el Medi Ambient.

Tal com expliquen Berg *et al.* (2005), el projecte es va presentar com una *joint venture* i va fer explícit des del principi que la seva finalitat no era fer públiques unes mesures i elaborar un rànquing d'institucions. Hi havia un clar consens que el sistema s'havia de moure cap a una major transparència i una major explicació del que passava dins dels hospitals. Però la finalitat principal era estimular cada una de les institucions a millorar els seus processos i la qualitat dels serveis prestats a partir de la reflexió interna sobre per què obtenien uns determinats resultats, que ara podrien comparar amb els d'altres institucions, en una sèrie d'àrees i àmbits acordats. La Inspecció es va encarregar de la presentació pública d'un conjunt preestablert d'indicadors que havien acordat amb el sector, però va deixar que els hospitals expliquessin els seus resultats pels mitjans que consideressin oportuns.

3.1. La part positiva

El projecte es va portar a terme en un període inferior a dos anys, primer a través d'una prova pilot en la qual varen participar sis hospitals, i després amb la participació d'un nombre més gran d'institucions, les quals van recollir informació per a un total de trenta indicadors. El fet que l'Administració no se situés en una posició superior i que, de manera clara, abandonés la idea de distincions, estrelles i rànquings, probablement va facilitar la participació dels hospitals i va generar un major flux d'informació que, d'altra banda, era interpretat i qualificat pels que coneixien el context en el qual es produïen les dades.

3.2. Els dubtes

Tot el projecte holandès es basava en la idea que és pràcticament impossible assolir un conjunt vàlid d'indicadors plenament representatius, lliures de biaix, aïllats d'altres factors contextuais, i adequats per elaborar rànquings i per distribuir premis i sancions. De fet, segons Berg *et al.* (2005), van intentar desfer la idea de comparació externa a partir d'explicar als hospitals que l'indicador extern no és possible, ja que no hi ha una comparabilitat total, és a dir, no és possible corregir totes les diferències rellevants entre els diferents contextos.

Aquesta estratègia significava, però, eliminar la possibilitat d'identificar clarament quins hospitals eren millors i si la gestió estava assolint objectius socialment valorats, com la reducció de les llistes d'espera. Tot i que el projecte va acordar àrees i mesures, les construccions i interpretacions individuals dels conceptes i dades, així com la seva publicació en diversos mitjans pels mateixos hospitals, podien fer més difícil que els ciutadans tinguessin accés a la informació i poguessin valorar la qualitat de les prestacions que rebien amb relació a la resta del sector. En altres paraules, perquè un sistema sigui transparent, també ha de ser "clar" per als que l'han d'utilitzar, i que no són només els directius i els professionals del sector.

3.3. Les lliçons per a Catalunya

L'experiència holandesa és interessant, tant per la seva filosofia, com per la seva prudència, per intentar evitar alguns dels problemes metodològics i de comportament organitzatiu que provoquen els indicadors comparats i els rànquings. De les diverses lliçons que es poden extreure del cas holandès, en destaquem les tres següents:

La finalitat és la millora dels serveis

A diferència de les prescripcions clàssiques, o que tenen més èxit en el mercat, com el *Balanced Scorecard*, la visió que hi ha al darrere del projecte holandès es fonamenta en la idea d'aprenentatge. Els indicadors no han de servir tant per alimentar un quadre de control o tauler de comandament, com per generar una discussió interna que serveixi d'estímul per al canvi, la innovació i la millora de la qualitat dels serveis.

La confiança institucional és un factor clau

L'estratègia de la Inspecció té molta cura d'aquest aspecte, en el fet de no recollir dades directament, utilitzar sempre les dades dels hospitals i deixar que ells ho publiquin i n'expliquin els resultats, afegint les consideracions contextuals que considerin necessàries, fins al punt de poder argumentar perquè un resultat particular no és comparable amb el d'altres hospitals. Aquesta estratègia és probablement una estratègia encertada per facilitar l'obertura i per evitar les resistències dels professionals, preocupats per l'ús que es pugui fer de les dades relatives a les institucions on treballen. A canvi, els hospitals es comprometen a presentar informació completa i puntual sobre els temes acordats, cosa que obre la possibilitat al fet que la premsa o els equips de recerca aliens a l'Administració facin, *a posteriori*, estudis comparatius. El que queda clar és que el govern que impulsa el projecte no s'implica en els estudis que es puguin fer, una vegada que els hospitals fan pública la informació relativa a les seves institucions.

La comparació exigeix rigor

L'experiència holandesa també és interessant per la seva manera d'actuar amb prudència i mostrar un gran respecte pel rigor metodològic a l'hora d'elaborar indicadors que siguin vàlids per a la comparació. Més enllà de la necessitat de dades de qualitat i de rigor analític, el projecte holandès mostra les reaccions defensives dels que han d'aportar la informació quan s'intenta comparar-ne els resultats, d'acord amb els indicadors que tenen problemes de validesa.

SEGONA PART

CAPÍTOL 3.

LA TRAJECTÒRIA DEL SISTEMA SANITARI CATALÀ I ELS INSTRUMENTS DE MESURA DEL RENDIMENT

1. El model sanitari català i la seva evolució

L'Administració de la Generalitat i el sector sanitari han desenvolupat, en els darrers 25 diversos sistemes per generar informació sobre el cost, l'eficiència, la productivitat i, en menor mesura, els resultats i la qualitat del model català de gestió de la salut. És significatiu l'esforç que ha fet el Servei Català de la Salut, avui CatSalut, en la recerca de nous sistemes de contractació i pagament dels serveis, i també el Departament de Salut, en planificació sanitària. Si bé la gestió catalana de la salut comparteix molts elements amb els sistemes comparats que hem vist anteriorment, i utilitza criteris de valoració similars, el seu desenvolupament ha estat particular i mostra també una visió pròpia.

En aquest capítol presentem, a grans trets, l'evolució del model català, una qüestió que ja ha estat objecte de recerca, tant per economistes, com per sociòlegs i politòlegs, i ens centrem en les eines que s'han anat creant per mesurar diferents aspectes que tenen relació amb el concepte ampli de rendiment. La perspectiva dominant, en el cas català, ha estat l'econòmica, com a conseqüència de la importància que han tingut les relacions contractuals entre el Servei Català de la Salut i els centres proveïdors, i per la importància que ha adquirit el control econòmic i financer del sector a través de l'anomenada Central de Balanços. Tot i així, el relat considera altres eines que han permès la comparació de l'activitat desenvolupada, en termes de procediments i, fins i tot, de resultats mèdics, com el conjunt mínim bàsic de dades. Només darrerament el sistema ha generat dues iniciatives, una de privada, el TOP 20, i una de pública, la Central de Resultats, que inclouen clarament els resultats o *outcomes*. Tots aquests instruments han tingut en compte les línies d'actuació dels diferents plans de salut de Catalunya amb què compta la sanitat catalana des de 1990, els quals, juntament amb les seves avaluacions, també han generat algunes mesures de resultats.

1.1. El model de provisió mixta

La transferència de les competències en sanitat a la Generalitat de Catalunya es va fer l'any 1981. Des de llavors, el sistema sanitari català ha viscut reformes graduals i constants que

han donat lloc a un model de provisió de serveis diferent del de la resta de l'Estat (Gallego, 2001). La principal diferència ha estat durant molts anys que, mentre que en el sistema estatal de salut va predominar la provisió pública directa dels serveis, a Catalunya, en canvi, el Departament de Salut va optar per contractar els serveis de salut a través d'una xarxa de proveïdors externs, els quals presenten una certa diversitat pel que fa a la seva propietat i a les seves formes de gestió.

«Catalunya tenia el "problema" dels hospitals propis i no propis, per la qual cosa va haver de gestionar el sector d'una manera diferent.»

Gerent d'hospitals

L'inici de la dècada dels noranta és una etapa clau per a la configuració del sistema sanitari català. A través de la Llei d'ordenació sanitària de Catalunya (LOSC) es va ordenar el sector i crear el Servei Català de la Salut, com a ens dependent del Departament encarregat de les funcions de planificació, finançament, avaluació i compra dels serveis sanitaris als organismes externs. Es consolidava així un sistema sanitari mixt i, per tant, un model sanitari que integrava en una sola xarxa hospitalària d'utilització pública (XHUP) tots els recursos sanitaris, fossin o no de titularitat pública. Aquesta política va permetre mantenir i reforçar les entitats –mútues, fundacions, consorcis, centres de l'Església– que històricament s'havien dedicat a l'atenció de la salut. Gradualment, la XHUP va anar estenent la seva activitat a tots els àmbits de la salut –assistència primària, salut sociosanitària, salut mental– i dels serveis sanitaris –emergències, ambulàncies, etc.

Els anys noranta van ser l'etapa més fructífera, pel que fa a la constitució d'una gran diversitat d'empreses públiques, parapúbliques, fundacions i consorcis, amb l'objectiu de guanyar flexibilitat en la gestió pública dels serveis sanitaris, tant dins de les instal·lacions i els equipaments gestionats per l'Institut Català de la Salut (ICS), com en altres on la Generalitat hi tenia participació.

Aquesta configuració dels serveis sanitaris ha tingut un gran impacte en el desenvolupament de les mesures de rendiment en l'àmbit de la salut catalana, ja que la necessitat de la contractació i del pagament als proveïdors, en funció del cost real de les activitats, va orientar la gestió cap a les mesures de cost i eficiència. És per això que a les entrevistes amb experts del sector s'ha comentat el paper clau d'alguns economistes de la salut en el desenvolupament del model.

«Hi ha hagut molta influència dels economistes de la salut, atès en bona part a l'elevat grau de concertació i a la qüestió del pagament dels serveis.»

Recercador expert en gestió sanitària

L'altre aspecte que també han posat de relleu els entrevistats, amb relació al model català, és la gran importància del sector i de les xarxes de proveïdors de serveis, que com que

es veuen directament afectats per les decisions preses per l'Administració han hagut de reaccionar i mantenir un estil actiu, cosa que ha influenciat, d'una manera substancial, la configuració del sistema.

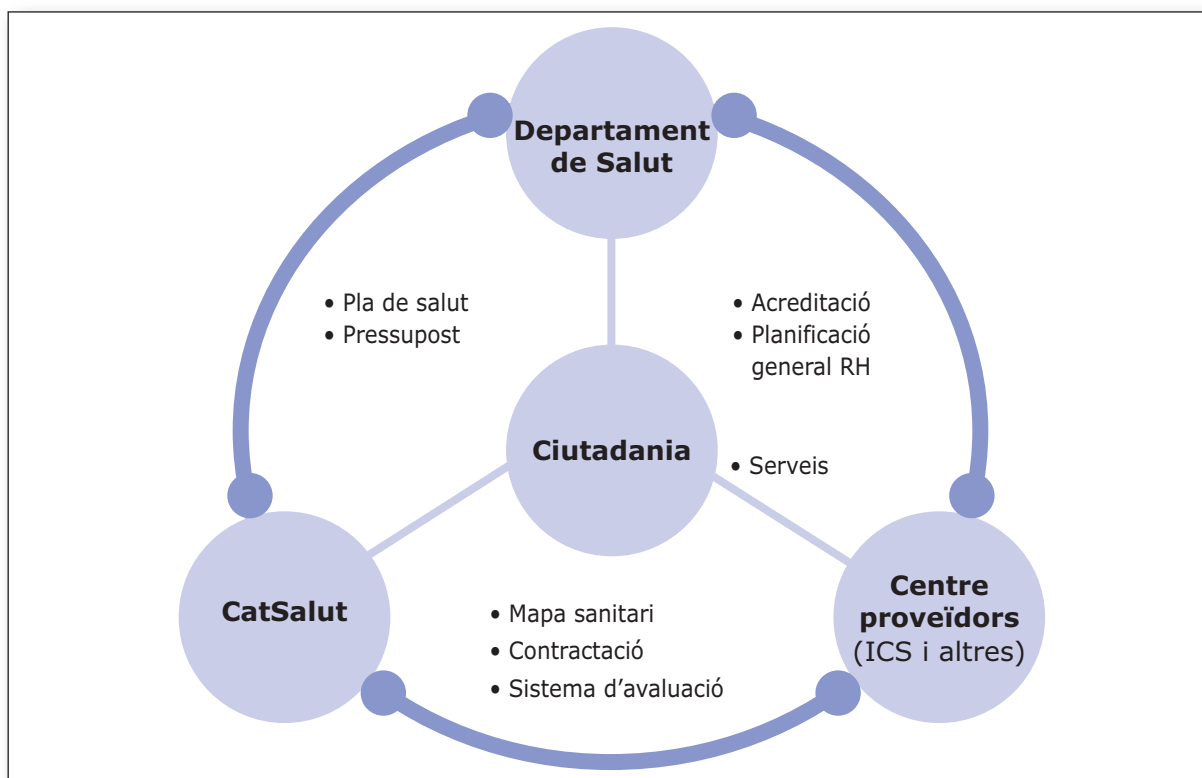
«No s'ha seguit un model fixat prèviament. Per aconseguir els seus objectius, els actors s'han associat i han fet pressió [...]. L'empenta ha vingut de les patronals.»

Recercador expert en gestió sanitària

La implementació del que, en el context espanyol, s'ha conegut com el model sanitari català, i que després han seguit amb un perfil propi les comunitats de València i Madrid, va comportar la introducció de nous instruments de gestió i d'un cert discurs que alguns autors van assimilar al moviment de la nova gestió pública (Gallego, 2001). Tot i així, la separació entre el finançament i la prestació dels serveis en sanitat és força corrent a tot Europa, i el discurs de la introducció de mecanismes de mercat en la provisió no es limita als països anglosaxons, sinó que també es produeix als països nòrdics i a Holanda, amb la Comissió Dekker, com ha quedat reflectit al capítol anterior.

Al gràfic 1 es mostren, de manera simplificada, els principals agents del sistema sanitari català, i els instruments o les accions que n'estructuren les relacions.

Gràfic 1. Principals agents i relacions del sistema sanitari català



Font: elaboració pròpia i Departament de Salut.

1.2. Les principals reformes legislatives i de gestió de la salut

Des que Catalunya va rebre del Govern central la competència en matèria de salut l'any 1981, s'han introduït diverses reformes que han marcat l'itinerari seguit pels òrgans de gestió. Aquests gairebé trenta anys de política sanitària a Catalunya, es podrien dividir en fases coincidents amb les dècades. Els consellers que van tenir una major influència van ser el conseller Laporte, en la dècada dels vuitanta, i el conseller Trias, des del 1988 fins al 1996. Durant el mandat de Trias es van impulsar els principals instruments de gestió que es comenten en aquest capítol i que han tingut continuïtat amb els dos governs tripartits. El principal canvi estratègic que ha impulsat la consellera Geli ha estat la descentralització política a través dels governs territorials de salut.

La primera etapa, que es podria fer coincidir amb els anys vuitanta, va ser una etapa de recepció de les competències en salut, ordenació del mapa de serveis i definició del model. En el moment de rebre la competència, un 70% dels llits hospitalaris no eren de titularitat pública a Catalunya i, per tant, només un 30% era de gestió directa de la Seguretat Social. La major part de les institucions hospitalàries no eren ni públiques ni privades, sinó del tercer sector format per entitats que havien estat de l'Església, dels governs locals i de previsió social, com les mutualitats dels gremis i les germandats (*montepíos*).

Algunes de les primeres iniciatives estratègiques de la Generalitat van ser l'acreditació dels centres no públics, el desplegament del Mapa sanitari de Catalunya, la primera onada de concerts –contractes– amb els centres acreditats, i la reforma de l'assistència primària, la qual va ampliar els serveis que prestava, alhora que va demanar una major dedicació del personal mèdic, passant de dues a sis hores diàries de dedicació.

A través d'un Decret d'acreditació hospitalària, el Departament de Salut va establir les bases per al finançament estable d'un sistema que ja era força complex. D'aquestes mesures van sorgir els primers indicadors d'estructura dels hospitals, i els requisits mínims de compliment dels estàndards de recursos físics, organitzatius i operatius. La convocatòria pública per a l'oferta de recursos hospitalaris va acabar reconvertint alguns hospitals d'aguts en centres per a malalts crònics, malats mentals o residències geriàtriques. En aquests primers anys, la Generalitat finançava l'estructura per sobre de la demanda sanitària de cada equipament.

«La llei d'acreditació dels vuitanta era estructural. Es pagava els hospitals pel que eren, no pel que feien.»

Recercador expert en gestió sanitària

L'any 1985 es va crear la XHUP, una xarxa hospitalària de base territorial i de proveïdors diversos que integrava els hospitals públics de l'Institut Català de la Salut (ICS), juntament amb els hospitals aliats a l'ICS que havien superat el procés d'acreditació. Aquests hospi-

tals es van classificar en cinc grups, en funció del seu equipament: la categoria A, per a hospitals generals bàsics, la B, per a hospitals de referència, i la C, per a hospitals d'alt nivell tecnològic. També hi havia dues categories mixtes A-B i B-C. El sistema de categories determinava el pagament dels serveis que prestaven aquests hospitals a pacients del sistema públic, com s'explica més endavant.

A partir de la segona meitat dels vuitanta es van incorporar els hospitals públics al sistema de pagament per contractació, amb l'objectiu de donar-los un tractament similar al que rebien els hospitals concertats que no eren públics. Pel fet de ser hospitals de titularitat pública i dependre directament del Departament de Salut la contractació no va tenir mai la mateixa significació. Un aspecte que també complicava la contractació amb els hospitals públics en va ser la complexitat, així com la varietat de serveis que estaven obligats a prestar, en alguns casos, amb elevats nivells d'especialització.

«Al moment d'incloure els hospitals públics, el sistema rellisca. El cas dels hospitals públics grans suposa molta complexitat i tocar-ho tot, estan obligats a fer de tot, cosa que té uns costos molt elevats. Hi ha una oferta sobrecarregada que ha de repercutir en altres serveis.»

Recercador expert en gestió sanitària

Una segona etapa es va iniciar l'any 1990 amb l'aprovació de la Llei d'ordenació sanitària de Catalunya (LOSC), amb la qual es va consolidar el model mixt de provisió creat durant la dècada anterior, i que començava a ser un referent per a la resta de l'Estat. La LOSC va establir amb claredat la separació de les funcions entre el finançament o la compra de serveis, i la provisió o prestació d'aquests serveis. També va recollir els principis de diversificació dels proveïdors i de fórmules de gestió, de mercat mixt de competència planificada i regulada, i de descentralització dels serveis, això suposava, alhora, la desconcentració administrativa de l'organització a través de la creació de regions i sectors sanitaris. També es preveia la participació comunitària a través d'òrgans de govern de les institucions sanitàries i dels consells de salut.

La LOSC va ser modificada l'any 1995. La Llei de modificació va traslladar el model de diversificació de proveïdors a l'àmbit de l'atenció primària, que fins aquell moment havia desenvolupat un model com el de la resta de l'Estat, partint de la provisió pública única a través de l'ICS. Aquesta nova regulació va obrir la porta al fet que els professionals sanitaris poguessin crear entitats de base associativa i presentar-se a les convocatòries de concurs públic per a la gestió "privada" de centres d'atenció primària. Aquest model s'havia experimentat en una prova pilot a Vic i després es va anar estenent a altres ciutats de Catalunya, fins a superar la vintena de centres amb aquest sistema de gestió. La modificació de la LOSC també va introduir el Pla de serveis sanitaris i sociosanitaris de Catalunya i va reconvertir el Consorci Sanitari de Barcelona en una regió del Servei Català de la Salut.

La consolidació del model mixt i la seva extensió a l'assistència primària va suposar haver de reforçar la capacitat del Servei Català de la Salut per redactar i controlar el compliment dels contractes, això va provocar que el Departament de Salut augmentés la reglamentació del sector. El sector també es va veure afectat per les obligacions derivades de la nova Llei de contractació pública, aprovada aquell mateix any.

«Amb el conseller Trias, i fins a la meitat dels noranta, la gent va ser molt planificadora, hi va haver un gran desplegament normatiu, es van començar a elaborar els sistemes d'indicadors..., però, després, aquest dinamisme es va anar perdent.»

Gerent d'hospitals

Es podria dir que els anys 2000 marquen una nova etapa en aquest procés de desenvolupament de la gestió de la salut a Catalunya. Concretament l'any 2001, deu anys després de la seva creació, el Servei Català de la Salut canviava de nom i passava a anomenar-se CatSalut. Havia consolidat la separació de funcions entre el finançament i la provisió, i volia potenciar la seva funció asseguradora més enllà de la compra de serveis. Durant l'any 2003, el plantejament estratègic del CatSalut va canviar per prioritzar tres grans eixos: la salut pública, l'atenció sanitària i els serveis socials, els quals inclouen l'atenció a la dependència.

La visió integral de la salut que estava present en els plans del Departament des de principis dels noranta va tenir, l'any 2004, un nou impuls. El Departament de Salut va entendre que calia reforçar aquesta visió amb canvis organitzatius. El nou model impulsat pel Govern tripartit, amb Marina Geli com a consellera de Salut, es va fonamentar en la descentralització territorial dels serveis, en el marc de la reforma que havia de suposar la substitució de les diputacions per les vegueries. L'any 2005 es va iniciar la tramitació legislativa del Decret de creació dels governs territorials de salut i es van signar els primers pactes per a la salut amb els ajuntaments, els quals han anat incrementant el seu nombre (Catsalut, 2008). La taula núm. 3 mostra els àmbits dels governs territorials de salut previstos al Mapa sanitari de Catalunya.

Taula 3. Àmbits dels governs territorials de salut previstos al Mapa sanitari de Catalunya

• Lleida	• Alta Ribagorça
• Alt Camp - Conca de Barberà	• Cerdanya
• Baix Camp	• Pallars Jussà - Pallars Sobirà
• Baix Penedès	• Val d'Aran
• Tarragonès	• Alt Penedès
• Altesbrat	• Baix Llobregat Centre - Font Santa
• Baix Ebre	• Baix Llobregat l'Hospitalet - el Prat
• Montsià	• Baix Llobregat Litoral
• Alt Maresme - Selva Marítima	• Baix Llobregat Nord
• Baix Empordà	• Baix Montseny
• Alt Empordà	• Baix Vallès
• Garrotxa	• Barcelona
• Gironès - Pla de l'Estany - Selva Interior	• Barcelonès Nord - Baix Maresme
• Ripollès	• Garraf
• Anoia	• Maresme
• Bages-Solsonès	• Vallès Occidental Est
• Berguedà	• Vallès Occidental Oest
• Osona	• Vallès Oriental Central
• Alt Urgell	

Font: Generalitat de Catalunya (2007), Informe del registre del conjunt mínim bàsic de dades 2006.

2. Les eines que crea el model català i que inclouen mesures de rendiment

2.1. Els contractes: les mesures d'estructura i activitat

Des de l'any 1982, el finançament del sistema sanitari català es realitza a través dels contractes o concerts entre els hospitals acreditats i l'ICS i amb el Servei Català de la Salut des de la promulgació de la LOSC l'any 1990. La principal unitat per comptabilitzar i efectuar els pagaments va ser, durant la primera època, les anomenades UBA o unitat bàsica assis-

tencial que va idear Lluís Bohigas, assessor del conseller a principis dels vuitanta. El sistema consistia en valorar cada activitat hospitalària en UBA, prenent com a criteri que una estada (pernoctació i menjar principal) tenia el valor d'una UBA. D'aquesta manera, una visita a urgències era 0,5 UBA, una primera visita a consultes externes, 0,4, i una visita successiva a consultes externes, 0,2. Un hospital rebia finançament per a una certa quantitat d'UBA, per exemple 10.000, i amb aquest finançament podia fer la combinació d'activitats que volgués. Aquesta primera fórmula de pagament va tenir, però, conseqüències no desitjades en l'activitat sanitària, ja que incentivava l'activitat.

«Aquest sistema generava molta activitat, moltes visites rutinàries, per exemple. D'altra banda, si es feien moltes urgències banals, el cost unitari era menor i l'hospital apareixia com a més eficient del que potser era.»

Recercador expert en gestió sanitària

Aquest sistema de pagament es va combinar, l'any 1986, amb la classificació dels hospitals i la creació dels cinc grups tarifaris en funció del seu nivell tecnològic. La lògica era que unes intervencions més sofisticades, en casos més complexos, tenien un major cost. Això va fer que el pagament dels hospitals estigués molt determinat per la seva capacitat assistencial, és a dir, la varietat de serveis que podien oferir.

«Hi ha una relació entre la complexitat i l'especialització: la complexitat del pacient i l'especialització de l'estructura dels serveis.»

Recercador expert en gestió sanitària

Amb aquest sistema, la manca d'informació empírica sobre els costos d'atenció de cada malalt dificultaven, en alguns casos, la justificació del pagament d'un centre davant l'altre, particularment pel que fa als valors de les UBA en cada categoria. D'altra banda, el pagament de les tarifes no cobria sempre la totalitat del cost real del servei prestat. Aquest problema era més freqüent en el cas dels hospitals grans amb major inversió en tecnologia, la qual cosa obligava el Departament a fer aportacions econòmiques d'ajut als comptes d'exploatació, i subvencions per a la inversió en tecnologia (Equip Estudis, 1997).

Durant la segona meitat dels noranta, mentre eren consellers de sanitat Eduard Rius i després Xavier Pomés, es va anar desenvolupant el disseny de l'actual sistema de pagament per concert. El sistema que va proposar l'economistes Pere Ibern parteix de dos indicadors ponderats que mesuren l'anomenada "intensitat relativa de recursos" (IRR) i la "intensitat relativa estructural" (IRE) per a cada hospital. Aquest últim agrupa els hospitals per la banda de l'oferta, mentre que l'IRR està més relacionat amb la demanda i, per tant, amb l'activitat.

El sistema de pagament, que és l'actual, inclou una part fixa del 70% que correspon al resultat d'aplicar les IRR i IRE de l'hospital, i una part variable del 30% en funció de diverses activitats, com les consultes externes i les urgències, entre altres. En tots els casos el pagament és mensual i està condicionat pel passat. Això es va fer així per evitar que la transició cap al nou sistema resultés traumàtica.

«La distribució del pressupost es fa basant-se en la història, però la idea era canviar aquesta distribució gradualment de manera que en deu anys aquella situació històrica donés lloc a un finançament més just i més ajustat al que volia el finançador.»

Gerent d'hospitals

Normalment, els contractes tenen una durada de sis anys, amb una clàusula que permet la seva revisió anual. Els ens públics i els ens no públics contractats han d'aportar, el 30 de juny de cada any, els comptes anuals auditats de l'any anterior i tota la documentació necessària per als sistemes d'avaluació i control. CatSalut és l'organisme que, per compte de la Generalitat, comprova que l'entitat proveïdora se ceneixi als compromisos adoptats al contracte i a les directrius del Pla de salut de Catalunya. Els contractes estableixen penalitzacions per possibles faltes. Segons si la falta és lleu, greu o molt greu, el valor econòmic mínim a compensar varia, a banda de la possibilitat de suspendre temporalment o definitiva el conveni. A la il·lustració 1 es mostra la reproducció d'un contracte.

IL·LUSTRACIÓ 1

**Reproducció parcial d'un contracte entre el CatSalut
i un centre proveïdor³**

Clàusula setzena. L'entitat contractada ha d'aportar, abans del 30 de juny de cada any, els comptes auditats (balanç, compte de pèrdues i guanys i memòria) de l'any anterior.

Així mateix, l'entitat ha de presentar tota aquella documentació que es determini a les normes que (...) regulin el sistema d'avaluació i control dels centres que presten serveis sanitaris al CatSalut.

Sens perjudici del que preveu el paràgraf anterior, l'entitat ha d'aportar la informació sobre els paràmetres que permetin el seguiment i l'avaluació d'aquest conveni i, en especial, els que fan referència a l'activitat, als aspectes econòmics i financers, a la informació sobre els recursos humans i a les prioritats d'actuació definides pel CatSalut, d'acord amb els objectius del Pla de salut de Catalunya, amb el compromís d'ambdues parts de salvaguardar la confidencialitat pròpia de cada tipus de dades.

Annex I. Penalitzacions (...)

Per falta lleu s'ha d'aplicar l'amonestació o bé la penalització econòmica d'una quantitat que compregui d'una a tres vegades l'import de les assistències afectades, amb un valor mínim de 600 €.

Per cada falta greu s'ha d'aplicar la penalització econòmica que compregui de dues a cinc vegades l'import de les assistències afectades amb un valor mínim de 3.000 €, o bé la suspensió temporal del conveni pel que fa als serveis afectats fins a tres mesos.

Per cada falta molt greu, s'ha d'aplicar la penalització econòmica que compregui de quatre a deu vegades l'import de les assistències afectades amb un valor mínim de 6.000 €, la suspensió del conveni de manera temporal o la seva resolució definitiva .

Font: contracte entre el CatSalut i un centre proveïdor.

Un aspecte que ha aparegut a les entrevistes és la desincentivació de la sobreproducció d'activitat hospitalària a través dels contractes, amb el pagament de quotes menors per a aquella activitat que supera l'estipulada a la part variable, tal com reflecteix la il·lustració 2. Aquest fet, que està relacionat amb les tensions pressupostàries del mateix sistema,

3. Són faltes lleus les que suposin una desatenció al pacient, sense produir perjudicis greus a la seva assistència. Són faltes greus les actuacions o omissions que perjudiquin la salut d'un usuari de manera temporal, que perjudiquin l'organització o el control del sistema assistencial de manera greu, i la reincidència de faltes lleus. Són faltes molt greus les que hagin perjudicat de manera important un o diversos pacients, i la reincidència de faltes greus.

provocava històricament que alguns hospitals no declarassin l'activitat que havia superat allò estipulat al contracte (Equip Estudis, 1997).

IL·LUSTRACIÓ 2

Reproducció parcial de la clàusula addicional quaranta-vuit d'un contracte entre el CatSalut i un centre proveïdor

2.1. Part fixa

El centre percebrà una quantitat fixa mensual corresponent a la dotzena part del producte obtingut en aplicar el 70% dels preus que li són fixats als volums d'activitat assenyalats (...).

2.2. Part variable

A més de la quantitat especificada al punt 2.1. el centre facturarà pels conceptes següents:

a) Activitat d'hospitalització

a.1) Pel que fa a les altes generals

Mensualment, l'import resultant d'aplicar el 30% del preu que li és fixat al nombre d'altes realitzades, sempre que aquest no superi la dotzena part de les contractes al punt 1.1.1. (altes generals).

Si l'activitat realitzada sobrepassa la dotzena part de la contractada en el punt 1.1.1. l'excés de l'activitat es facturarà de la manera següent:

- Si l'excés és inferior o igual al 15% de l'activitat contractada, s'aplicarà el 35% del preu fixat.
- A l'excés d'activitat per sobre del 15% de la contractada, s'aplicarà el 10% del preu fixat.

Font: contracte entre el CatSalut i un centre proveïdor.

Amb relació a aquest sistema de contractació, algunes valoracions publicades i comentaris en entrevistes apunten algunes debilitats:

Manca d'innovació en la contractació

El contingut dels contractes no ha variat molt des dels inicis dels anys noranta, en què es van posar en marxa els concerts econòmics entre el Servei Català de la Salut i els centres hospitalaris. Un informe de l'any 1997 ja posava de relleu el problema de la relativa manca d'innovació en assenyalar que el sistema de finançament dels serveis sanitaris tenia un marcat caràcter incrementalista que tendia al manteniment de l'estatu quo (Equip Estu-

dis, 1997). Aquesta percepció de continuïsmes es manté, malgrat que s'introdueixi el nou sistema de pagament a través de la fórmula de l'IRR i l'IRE.

«Han sortit algunes iniciatives en relació amb els contractes programa i s'ha avançat en alguns aspectes, però es podia haver avançat més.»

Recercador expert en gestió sanitària

Ineficàcia dels incentius inclosos als contractes

Hi ha un cert consens amb relació a la idea que la introducció d'incentius a través del sistema de pagament dels contractes no ha resultat tan eficaç com s'esperava. D'una banda, perquè els contractes programa amb els centres de l'ICS no impliquen cap risc financer i, d'altra banda, perquè els proveïdors aliens a l'ICS poden recórrer a mecanismes de finançament addicionals que poden fins i tot perseguir objectius contradictoris amb els dels contractes (Gallego, 2001).

Falten dades sobre la despesa dels hospitals

Deu anys després que ho comentés López-Casasnovas (1998) encara cal produir informació bàsica sobre els estàndards de despesa dels hospitals, per poder aplicar mesures de *benchmarking* com a instruments per millorar el finançament del sistema. La comptabilització uniforme dels costos hospitalaris, pel seu caràcter heterogeni, planteja dubtes sobre el tractament que reben de l'Administració.

En termes de mesura del rendiment, els contractes aporten força informació sobre estructura –recursos dels proveïdors– i sobre procés o activitats realitzades. Els proveïdors faciliten informació al CatSalut sobre els recursos humans i materials dels seus centres, la qual cosa permet avaluar la seva suficiència i qualitat. La informació sobre els processos és més difícil d'obtenir, ja que, no només té relació amb la quantitat d'activitats realitzades, sinó que també hauria d'incloure aspectes qualitatius de com es fan aquestes activitats. En aquest àmbit, el Departament de Salut i el CatSalut van anar desenvolupant un conjunt d'accions que han anat aportant força informació. Per una banda, es van elaborar i publicar les guies que havien de seguir els professionals mèdics en divuit intervencions d'assistència primària, cosa que va facilitar les tasques d'inspecció. Per altra banda, l'activitat d'auditoria a través del *peer review* –revisió per professionals externs– control d'històries clíniques, i enquestes als professionals i usuaris sobre les pràctiques desenvolupades i rebudes, també aporta informació sobre aquests elements qualitativament rellevants, però més difícils de captar, sobre l'acció dels professionals de la salut.

2.2. Els plans de salut: la mesura de la salut dels catalans i de la seva evolució

La planificació va ser, des de l'inici, una de les principals preocupacions del Departament de Salut de la Generalitat. En els més de vint-i-cinc anys de planificació sanitària a Catalunya

hi ha hagut una evolució. Com hem comentat abans, la dècada dels anys vuitanta es va centrar en l'ordenació dels recursos i serveis en el territori –Mapa sanitari de Catalunya, reforma de l'atenció primària, programa de reordenació hospitalària, i creació de la XHUP– mentre que la dècada dels noranta va suposar la preparació –document marc per a l'elaboració del Pla de salut de l'any 1991– i l'elaboració dels primers tres plans de salut de Catalunya –1993, 1996 i 1999– (Seculi, 2003). L'any 2000 es va completar una primera avaluació dels objectius del pla vigent en aquell moment per preparar el pla 2002-2005. Més recentment, s'ha publicat el Pla de salut de Catalunya a l'horitzó 2010. La taula 3 mostra la cronologia dels processos de planificació del sistema sanitari català.

Taula 4. Els processos de planificació sanitària a Catalunya (1980-2008)

Ordenació territorial sanitària i dels recursos assistencials	<p>1980: Mapa sanitari de Catalunya</p> <p>1983: desplegament del Mapa sanitari</p> <p>1985: reforma de l'atenció primària (RAP). Creació de la XHUP i Programa de reordenació hospitalària (PRH)</p>
Planificació per objectius de salut	<p>1991: document marc per a l'elaboració del Pla de salut</p> <p>1993: Pla de salut de Catalunya 1993-1995</p> <p>1996: Pla de salut de Catalunya 1996-1998</p> <p>1999: Pla de salut de Catalunya 1999-2001</p> <p>2000: avaluació dels objectius per a l'any 2000 del Pla de salut de Catalunya</p> <p>2003: Pla de salut 2002-2005</p> <p>2008: Pla de salut de Catalunya a l'horitzó 2010</p>

Font: elaboració pròpia. Generalitat de Catalunya (2003), Avaluació dels objectius per a l'any 2000 del Pla de salut de Catalunya.

El tret de sortida el va donar la LOSC, la qual estableix el Pla de salut de Catalunya com a instrument fonamental de la política sanitària del Govern de la Generalitat de Catalunya, i marc de referència de totes les actuacions públiques en l'àmbit de la salut. La Llei, d'altra banda, indica que la planificació sanitària ha de donar resposta a les necessitats de salut de

la població, partint d'un plantejament d'objectius de salut i no només de serveis assistencials (Salleras, 2003), la qual cosa implica les idees de prevenció i vida saludable, entre d'altres.

Els principals referents de Catalunya per a la planificació per objectius de salut van ser el Quebec i els EUA. Catalunya va establir contactes permanents amb el Quebec i, en menor mesura, amb els EUA, que a mitjans dels anys vuitanta van fer pública la seva iniciativa *Healthy People 2000*, comentada a l'apartat anterior, la qual va servir de model per a molts països que volien establir les seves bases de planificació de polítiques de promoció de la salut a mitjà i llarg termini.

Al document marc per a l'elaboració del Pla de salut de Catalunya, publicat l'any 1991, s'explicava el procés a seguir en l'elecció dels problemes i les intervencions prioritàries, i en la formulació dels objectius generals de salut i de disminució del risc, prenent com a horitzó l'any 2000. Segons Salleras (2003), aquest document va estar molt influït per l'Estratègia de salut per a tots l'any 2000, de la regió europea de l'OMS.

El Departament de Salut i el Servei Català de la Salut, després CatSalut, van elaborar els successius plans (1993-1995, 1996-1998, 1999-2001, 2002-2005). Els objectius, els indicadors, i les fonts d'informació, es van acordar conjuntament entre les regions i els serveis centrals, amb la finalitat d'incorporar l'especificitat de cada territori en la identificació de problemes, intervencions i estratègies. També es va comptar amb la participació d'experts en l'àmbit sanitari, de les associacions professionals i científiques, i dels ciutadans, a través de l'Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA), realitzada per primera vegada l'any 1994, amb una mostra de quinze mil persones, i repetida posteriorment els anys 2002 i 2006, amb una mostra ampliada.

«El Pla de salut de 1993-1995 va ser el primer pla de debò. El document de 1991 era una eina per al desenvolupament de la planificació estratègica. En aquella època es va fer la primera base de dades d'informació i la primera enquesta de salut de Catalunya.»

Directiu públic en l'àmbit de la planificació sanitària

A partir del Pla de salut 1996-1998, cada pla conté una avaluació general del pla anterior, el qual inclou algunes mesures de resultats. Paral·lelament, també es van portar a terme diversos processos d'avaluació d'àmbits concrets, com les àrees bàsiques de salut –1995 i 2000– i l'atenció primària –1995 i 1998– que van esdevenir importants fonts d'informació. L'avaluació més important, però, va ser l'any 2003 (Generalitat de Catalunya, 2003), en la qual es van presentar els resultats globals de l'avaluació dels plans de salut que tenien objectius generals de salut fixats per a l'any 2000. El balanç d'aquesta avaluació és bastant positiu, ja que dels cent onze objectius marcats, només cinc no es van poder avaluar per manca d'informació i, dels objectius avaluats, es va considerar que s'havia assolit totalment el 70,6% i, parcialment, el 7,9%. No s'havia assolit, doncs, el 21,5% dels objectius.

«Després del Pla de Salut 1999-2001, els responsables dels programes van interpretar que un terç dels objectius no es van assolir, però que sí es van assolir dos terços. Tot i això, el pla no es va poder comparar amb cap altre de característiques similars.»

Directiu públic en l'àmbit de la planificació sanitària

El Pla de salut 2002-2005, que presentava les estratègies a seguir fins a l'any 2010, va suposar algunes novetats. En primer lloc, es va ampliar a cinc anys el període de vigència dels futurs plans, ja que s'estimava que tres anys era un període massa breu per poder observar modificacions significatives dels objectius establerts en la planificació sanitària. En segon lloc, es va fer un esforç per incloure objectius que fossin avaluable a través d'indicadors vàlids, la disponibilitat dels nivells de partida de l'any 2000, i la previsió de la possibilitat de tenir dades obtingudes amb la mateixa metodologia, l'any 2005. Amb relació als objectius formulats per l'OMS-Europa o per la Unió Europea, el pla 2002-2005 va fer una interpretació més lliure, per tal de adaptar-se millor a la realitat catalana i ser més receptiu a les percepcions de les associacions professionals i científiques de Catalunya.

Recentment, es va publicar el *Pla de Salut a l'horitzó 2010*, el qual inclou l'avaluació dels objectius de salut del Pla 2002-2005 i el seguiment dels objectius de salut fixats per a l'any 2010. Aquest últim document distingeix cinc eixos estratègics, els quals articularan les polítiques de salut fins al 2010 (Generalitat de Catalunya, 2008).

Les valoracions publicades (Seculi *et al.* 2003, Salleras, 2003), i els comentaris que han sorgit a les entrevistes, han posat de relleu alguns problemes dels plans de salut de Catalunya amb relació a la seva capacitat per generar mesures de rendiment.

Excessiu nombre d'objectius

El fet d'abastar un excessiu nombre d'objectius i la dispersió dels recursos en un sistema prou complex, explicaria que sovint hagi estat difícil, no ja la valoració dels objectius, sinó la seva traducció en activitats concretes i en serveis. En aquest sentit, diversos observadors han manifestat la manca de relació d'alguns objectius dels plans de salut amb les activitats, si bé reconeixen que els contractes dels proveïdors amb el CatSalut han ajudat a aplicar les polítiques i, en general, han estat un instrument útil per forçar el compromís dels operadors amb els objectius del Departament i dels seus planificadors.

Buits d'informació

Si bé s'ha avançat molt en la gestió de la informació i s'han invertit recursos en la tecnologia per al seu processament, també hi ha un cert acord en la necessitat d'omplir buits d'informació en alguns àmbits d'activitat i amb relació a processos i resultats. Els problemes relacionats amb les fonts d'informació plantegen, alhora, problemes de validesa i fiabilitat d'algunes dades, de manca d'homogeneïtzació i integració.

Resistències a la imposició "burocràtica" d'objectius i indicadors

La demanda d'informació ha provocat algunes resistències dels professionals sanitaris, ja sigui per una qüestió de poder i de control de les dades, o per la desconfiança sobre el seu ús o, fins i tot, sobre la utilitat dels sistemes d'avaluació per al treball més operatiu. Salleras (2003) explica que la Generalitat va impulsar diverses accions de sensibilització i formació entre el personal sanitari per contrarestar aquestes reaccions i actituds.

En termes de mesura del rendiment, els plans de salut han estat importants per generar algunes mesures de resultats o *outcomes* en relació amb la salut de la població catalana. També han estat importants perquè han condicionat la informació que recull el CatSalut a través dels contractes amb els ens proveïdors. En el moment en què es va obrir l'assistència primària a la contractació externa, a través de les entitats de base associativa, es va produir l'efecte de traslladar l'exigència d'informació dels centres externs als centres gestionats per l'ICS.

2.3. El conjunt mínim bàsic de dades: la mesura de la pràctica clínica

Les reformes que es van introduir a principis dels noranta també van tenir el seu reflex en la millora de les fonts d'informació sobre morbiditat, mortalitat i activitat assistencial, a través de la creació del conjunt mínim bàsic de dades (CMBD), un registre de dades bàsiques que segueix l'exemple d'altres països, el qual es va considerar un recurs estratègic per a la planificació, la presa de decisions i l'avaluació del sistema sanitari català.

El conjunt mínim bàsic de dades permet conèixer la patologia atesa i com evoluciona en el temps, les característiques de l'atenció prestada i la distribució de l'activitat en el territori (Generalitat de Catalunya, 2007). Es construeix d'acord amb el diagnòstic del pacient i amb els procediments que apliquen els professionals que l'atenen. El CMBD defineix un nombre mínim de variables (demogràfiques, de diagnòstic, de procediments, complicacions i reingressos per a cada pacient) i diferencia, en funció del tipus d'activitat assistencial, segons sigui atenció hospitalària d'aguts (CMBD-HA), atenció psiquiàtrica (CMBD-SMH) o atenció sociosanitària (CMBD-RSS).

El CMBD va començar amb una Ordre del Govern de la Generalitat, de 23 de novembre de 1990. Amb aquesta Ordre, el Govern català va obligar tots els hospitals públics i privats de Catalunya a alimentar un conjunt mínim bàsic de dades per cada alta hospitalària amb la informació de l'activitat d'hospitalització d'aguts (CMBD-HA). Aquest Registre es va consolidar i ampliar durant la dècada dels noranta. L'any 1995 es va incorporar l'activitat dels hospitals psiquiàtrics monogràfics al Registre i, durant l'any 1996, la cirurgia major ambulatoria i l'activitat dels hospitals de dia. L'any 1998 es van afegir els centres ambulatoris de salut mental, i l'any 1999 els de recursos sociosanitaris. No va ser, però, fins al 2003 que

els diversos registres del CMBD van unificar-ne la gestió, amb l'adopció d'una mateixa definició per a les variables comunes a totes les xarxes.

A partir de la informació que recullen els registres del CMBD s'elaboren informes i estudis, els quals aporten informació elaborada sobre l'activitat anual de la xarxa sanitària de Catalunya. Es tracta d'una informació molt completa, ja que la majoria dels hospitals participen amb l'aportació de dades al sistema, com ho demostra el fet que el 100% dels hospitals de la XHUP, i el 79% dels privats –86 hospitals en total– van enviar dades al Registre d'atenció hospitalària d'aguts de l'any 2006. Aquests hospitals transmeten al CMBD, cada tres mesos, les dades corresponents a la seva activitat i, a finals d'any, obtenen informes comparatius amb les dades de la resta d'hospitals.

Els informes estadístics publicats a partir de les dades del CMBD s'agreguen, i les comparacions es fan amb la mitjana o valor estàndard dels diagnòstics i procediments que elabora el Departament de Salut per al mateix any o per a l'any anterior. Algunes comparacions es fan per regió sanitària i, recentment, per governs territorials de salut, els quals, sovint, coincideixen amb les comarques. La informació recollida ha estat útil per als proveïdors, perquè així han obtingut els valors de referència per a cada procés. També ha estat útil per contractar els serveis dels proveïdors, els quals han fet un ús intensiu de la mesura de les estades mitjanes com a referència.

«Es contracten serveis per estada mitjana a l'hospital segons les dades del CMBS. El pagament es fa en funció de la mitjana del sector, per la qual cosa, si un hospital s'allunya d'aquesta mesura, perd diners.»

Directiu públic en l'àmbit de la gestió sanitària

Amb relació al CMBD, les principals debilitats que han identificat diversos autors i experts entrevistats, han estat dues, les quals estan molt relacionades:

Explotació insuficient del CMBD

Històricament, hi ha la sensació que no s'ha tret prou profit de la potencialitat del CMBD. L'any 1997 ja es comentava que s'havia de fer un major esforç de difusió i d'anàlisi de les seves dades (Equip Estudis, 1997). Des de l'any 2000 aquesta situació ha millorat per la difusió en línia dels informes del CMBD i la possibilitat de sol·licitar directament les dades. Aquesta major accessibilitat a la informació no s'ha traduït en una anàlisi dels *outcomes* clínics del sector.

Agregació i confidencialitat de les dades

Una limitació important és la confidencialitat de les dades per hospital. El CMBD no permet l'anàlisi del rendiment o dels resultats dins d'un hospital individual, ni tampoc fer comparacions entre ells. El sistema no preveu que es puguin elaborar taules comparatives. Les

institucions o empreses de consultoria utilitzen aquesta informació, per tant, de manera individual, ja que hi troben les dades que necessiten per millorar-ne la gestió.

En la línia d'aquestes percepcions, els registres del CMBD tenen una gran potencialitat per a la mesura del rendiment i per avançar en la comparació de resultats clínics, però la impossibilitat de fer anàlisis desagregats en limita la utilitat social. La seva principal funció ha estat la planificació sanitària i el suport a la compra de serveis.

2.4. La Central de Balanços: les mesures econòmiques i financeres

Com la majoria dels instruments que es comenten en aquest capítol, la Central de Balanços del Servei Català de la Salut es va crear l'any 1990, seguint el model de la Central de Balanços del Banc d'Espanya, per la necessitat de disposar de sistemes d'informació comptable i financera homogenis, que proporcionessin informació vàlida per racionalitzar la gestió dels centres sanitaris de la XHUP i, al mateix temps, dotar l'Administració d'instruments aptes per a la planificació de la despesa pública (DSSS, 2001).

La principal finalitat de la Central de Balanços era, doncs, promoure un millor coneixement de la situació i l'evolució econòmica i financera dels hospitals i dels altres centres proveïdors de serveis sanitaris de la XHUP. Concretament, la Central de Balanços és una base de dades alimentada amb la informació que faciliten els centres, la qual permet elaborar dos tipus d'informes:

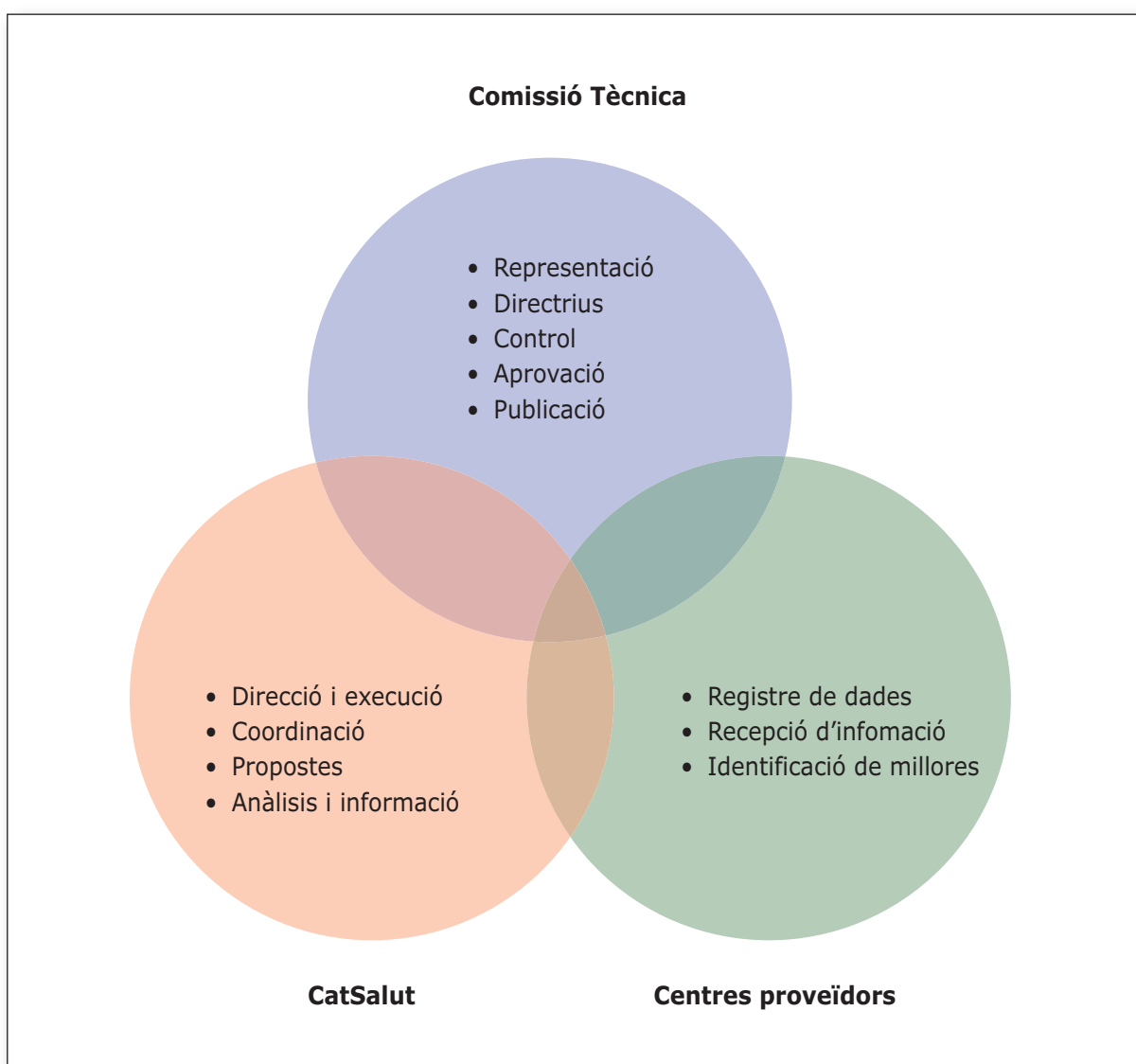
- Informes agregats de les dades econòmiques i financeres dels centres que formen el sector, agrupant-los segons la línia principal d'atenció sanitària o la regió sanitària, i amb la comparació dels darrers cinc anys per il·lustrar l'evolució del sector.
- Informes comparatius individualitzats per cada centre, on s'especifiquen les dades del centre amb relació a les agrupacions de centres a les quals pertanyen. Aquests informes són confidencials i, en aquest sentit, hi ha el compromís de la Generalitat de no difondre les dades comptables i financeres de les institucions.

«La Central de Balanços inclou dades de finançament, pressupost, gestió econòmica i comptable dels centres..., com la Central de Balanços del Banc d'Espanya. La idea era recollir els comptes i fer aflorar la situació financera del sector. Es treballa amb clústers per evitar que es puguin identificar els hospitals, tenint cura de les zones territorials en què només n'hi ha un.»

Directiu públic en l'àmbit de la gestió sanitària

La Central de Balanços es considera una iniciativa del sector en la qual participen l'Administració i els representats dels centres proveïdors i de les associacions de centres sanitaris. Per això està dirigida, conjuntament, per una Comissió Tècnica. Segons Argenté (2007), el funcionament de la Central de Balanços es basa en el consens i en la participació voluntària i en les relacions de confiança i interès mutu que s'estableixen entre els seus membres. Tal com mostra el gràfic 3, la Comissió Tècnica integra representants de l'Administració i de les associacions de centres sanitaris, i és l'òrgan que marca les directrius dels projectes i controla i aprova les publicacions dels informes. El CatSalut s'encarrega de la direcció i coordinació dels treballs de la Central de Balanços, i de les anàlisis de les dades i la confecció dels informes. Els centres sanitaris proveïdors són els encarregats de proporcionar les dades i, un cop han rebut els informes, identificar les millores en diferents àrees.

Gràfic 2. La Central de Balanços: agents implicats i funcionament



Font: elaboració pròpia. Argenté, M. *et al.* (2007).

L'any de la seva creació, es van incorporar a la Central de Balanços seixanta-tres centres prestadors d'assistència hospitalària d'aguts de la XHUP. A mitjan dels noranta, s'hi van incorporar els centres de salut mental, i l'any 2006 els centres sociosanitaris. L'any 2007 formaven part dels informes de la Central de Balanços noranta-sis centres, la majoria (seixanta) d'atenció hospitalària d'aguts (Argenté, 2007).

Amb relació a la Central de Balanços, la valoració és força unànime, ja que la seva funció està clara pel que fa a l'anàlisi de la situació financera del sector. La Central de Balanços ha estat un instrument important per al diagnòstic de la situació econòmica de les institucions, perquè homogeneïtza i fa més comparable la informació. La difusió d'aquesta informació és molt restringida, però permet que la Generalitat valori la salut financera del sector amb el qual contracta. La Central de Balanços també ha estat útil per impulsar una cultura de solidaritat i transparència dins el sector, la qual cosa ha permès que cada centre tingués referències per analitzar els seus comptes.

Al mateix temps, hi ha un cert consens sobre les seves limitacions per a l'anàlisi de rendiment.

Explotació insuficient de les dades

La Central de Balanços ha difós el concepte de *benchmarking* entre les institucions del sector sanitari, però, com passa amb altres instruments de recollida d'informació, hi ha la percepció, força general, que no se'n treu prou profit.

«Hi ha diversos registres amb molta informació recollida, però no es comparteixen les dades, fa por que la informació arribi als diaris o que es facin rànkings.»

Recercador expert en gestió sanitària

Temor a la utilització pública de dades sensibles

El fet que siguin els mateixos centres proveïdors qui aporten les dades, i que ho facin voluntàriament, és un precedent que pot ser útil per recollir altre tipus d'informació que no sigui merament comptable o financera. Hi ha, però, un cert temor a compartir dades que pugin ser utilitzades per qüestionar la qualitat dels serveis i la reputació dels centres.

En termes de mesura de rendiment, la Central de Balanços té, doncs, un paper clau per a la producció d'indicadors de recursos, d'eficiència i de productivitat. En la línia d'avançar en la producció d'informació sobre outputs i *outcomes*, l'any 1997 es va crear una mesura que relacionava variables econòmiques amb variables de producció, la qual dona una certa mesura de la productivitat comparada dels hospitals.

«Vam entendre que calia explicar el perquè de les dades i avançar en la mesura dels impactes. Fruit d'aquesta preocupació va sortir l'UME, en el marc de la Central de Ba-

lanços, un indicador que permet lligar els costos amb l'activitat sanitària i tenir una certa idea de productivitat comparada.»

Directiu públic en l'àmbit de la gestió sanitària

Aquesta experiència, i el fet de ser el lloc de trobada del sector per compartir informació sensible sobre les institucions, poden afavorir-la per liderar el procés que porti a desenvolupar noves mesures de rendiment que no estiguin limitades a la comptabilitat i les finances. Això explica que rebés l'encàrrec de crear una nova central, aquesta vegada de resultats.

2.5. La Central de Resultats: la mesura dels *outcomes* del sistema català

La iniciativa pública més recent, la qual té una relació directa amb la mesura del rendiment entès com a *performance* del sistema és el projecte de creació d'una Central de Resultats, un projecte que es va aprovar per una Ordre legislativa l'any 2003, però que no es va posar en marxa fins l'any 2005, com una unitat específica dins la Central de Balanços. La Generalitat va discutir la possibilitat de crear una Agència de la Qualitat i d'Informació del Sistema de Salut basant-se en agrupar la Central de Balanços, l'Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques (AATRM)⁴ i la nova Central de Resultats. Aquesta alternativa, que estava prevista en els pressupostos de salut de l'any 2007 (Departament de Salut, 2007), no va prosperar, com tampoc la possibilitat d'encarregar la Central de Resultats a una empresa independent, una opció que inicialment haurien preferit les patronals hospitalàries de Catalunya.

El precedent més clar de la Central de Resultats a Catalunya va ser un projecte internacional del Consorci Sanitari de Barcelona (CSB), ens que va ser creat l'any 1987 per la Generalitat i l'Ajuntament de Barcelona, amb l'objectiu de dirigir i coordinar la gestió dels centres sanitaris de la ciutat. L'any 2003, es va crear l'Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB), com a organisme autònom del CSB, a la qual es van integrar els serveis i recursos de l'Institut Municipal de Salut Pública de l'Ajuntament de Barcelona. L'ASPB va heretar dos projectes de l'Institut Municipal amb el Quebec, per desenvolupar uns indicadors que permetessin comparar Barcelona i Montreal amb relació a l'acompliment d'alguns objectius de salut amb una visió transversal i per patologies. L'altre ens vinculat al CBS, i precursor de la Central de Resultats, és el Barcelona Observatori de Tendències de Serveis de Salut (BOTS). Aquest observatori té com a objectiu principal avaluar la qualitat dels serveis sanitaris partint de l'anàlisi comparatiu. La seva estratègia està molt orientada a la gestió del coneixement i es basa en compartir i intercanviar informació entre els centres de la ciutat.

4. L'Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques (AATRM) és una empresa pública del CatSalut, creada l'any 1994, amb la missió de donar suport al sistema sanitari català basant-se en la recerca aplicada a la producció de coneixements científics per millorar la prevenció, el diagnòstic i el tractament de les malalties.

Aquesta dimensió de gestió del coneixement està també present en el projecte de la Central de Resultats de la Generalitat. La principal preocupació del sector és la fragmentació de la informació en la mesura que cada administració i cada centre recull les seves pròpies dades, i només a través de la contractació hi ha una certa avaluació amb relació a objectius de política sanitària.

La Central de Resultats està formada per un Comitè Directiu, al qual hi ha representats la Conselleria i les patronals, i un Comitè Tècnic. Com va passar amb la Central de Balanços, el Servei Català de la Salut lidera el projecte, però s'entén que és un projecte compartit en el qual les patronals del sector i els centres proveïdors tenen el control, juntament amb l'Administració catalana.

La Central de Resultats és, en el moment que s'escriuen aquestes línies, un projecte. La percepció dels actors és que la Generalitat i el sector tenen avui les dades i els mitjans tècnics necessaris per produir un conjunt mínim d'indicadors amb una clara orientació de resultats o *outcomes*, tant de salut de la població, com d'impacte de la gestió dels serveis sanitaris sobre la salut. Per als principals responsables de la Central de Resultats, el problema no és tant la disponibilitat de la informació, com l'acceptació, de tots els actors, d'entrar en una lògica de discussió i anàlisi de la informació sobre els resultats.

L'estratègia que segueix la Central de Resultats consisteix a consensuar una bateria d'indicadors, partint de la informació que tenen l'Administració i els centres de la xarxa d'utilitat pública. L'Administració va proposar els indicadors a partir de les seves bases de dades, i espera que la resta d'actors afegeixin la seva informació. La idea inicial és no superar un centenar d'indicadors que haurien d'aprovar tots els participants del projecte.

El plantejament que s'està fent de la Central de Resultats respon a una visió prudent, la qual intenta evitar les reaccions defensives i els possibles riscos polítics. Al mateix temps, aquesta visió no deixa de suposar algunes limitacions per al projecte:

Perspectiva agregada i de sistema

La perspectiva de la Central de Resultats, com en el cas de la Central de Balanços, és de sistema. La previsió és produir informació de resultats globals, sense desagregar per centres. La resistència a publicar dades de manera desagregada pot limitar de manera substantiva la transparència que es pretén.

Síntesi d'indicadors de tot tipus i no només de resultats

El projecte inclou tot tipus d'indicadors, amb la possibilitat d'agrupar-los després en funció de diversos criteris. La inclusió d'indicadors de recursos, estructura, estat de la salut, malalties d'alta prevalença, satisfacció dels usuaris, problemes de gestió, errors i reclamacions i qualitat del servei, pot ser útil per donar una visió sintètica de rendiment però pot limitar l'atenció i l'esforç per definir i mesurar *outcomes*.

Resistència a publicar informació que pugui afectar la reputació dels centres

La por a la publicació, ni que fos involuntària, de dades que es puguin utilitzar per fer ordenacions i rànquings, en limita el procés. L'estratègia de publicació es preveu que sigui gradual i pactada amb els agents del sistema, cosa que és probable que es tradueixi, però, en uns indicadors parcials.

«L'estratègia és fer-ho públic, però de manera raonable. Es farà pública la part que es decideixi en la concertació: una part sí i una altra no. Amb dades desagregades caldrà explicar-ho tot molt bé.»

Directiu públic en l'àmbit de la gestió sanitària

Costos de transacció i fatiga administrativa

El projecte de la Central de Resultats es percep com una iniciativa a través de la qual l'Administració demana novament dades als centres proveïdors. Aquests posen de relleu els costos que els suposa generar aquesta informació, i demanen que l'Administració esgoti primer les fonts d'informació que controla. Dins del mateix CatSalut també es produeixen reaccions similars, i també amb el Departament de Salut. Tot i la capacitat tecnològica de la Generalitat, el cost de gestió de la informació és notable.

2.6. El TOP 20: la mesura dels *outcomes* dels hospitals espanyols per una empresa privada

Des de l'any 2000, una empresa privada convida els hospitals espanyols a participar en el seu programa anual d'avaluació, basat en indicadors objectius obtinguts a partir d'un qüestionari propi, i amb altres dades que registren els hospitals de manera rutinària. En el cas català, el CMBD principalment. Aquest programa voluntari, conegut com el TOP 20, és el primer que ofereix resultats sintètics de rendiment hospitalari, i per la seva difusió en el sector pot condicionar el projecte públic de la Central de Resultats.

Aquesta iniciativa és fruit d'un debat que es va produir en primera instància durant els anys vuitanta. En el moment que el sistema sanitari català començava el procés de les acreditacions d'hospitals, Mercè Casas, una tècnica de l'Ajuntament de Barcelona, ja va proposar seguir un camí alternatiu que se centrés en els conceptes d'efectivitat i qualitat. En aquell moment, ni l'Ajuntament de Barcelona ni la Generalitat van donar suport a aquesta via.

Anys després, Mercè Casas va crear l'empresa de consultoria IASIST, que opera en l'àmbit sanitari i, des de l'any 2000, porta a terme el projecte TOP 20. Inicialment, l'empresa ofería un sistema de mesura que partia de la informació de l'alta hospitalària i dels GRD –grups relacionats de diagnòstic– per valorar l'eficiència. Actualment, ofereix un sistema de comparació en la línia del *benchmarking*, el qual inclou també dades d'altres països per a la comparació dels resultats de cada hospital amb la resta d'hospitals, en una sèrie d'indi-

cadors sobre qualitat, funcionament i eficiència. El TOP 20 no es defineix com un rànquing d'hospitals, ja que manté la confidencialitat institucional i ofereix resultats agregats i anònims. Només fa públic el nom dels hospitals premiats en una desena de categories, les quals inclouen hospitals comarcals públics –grans i petits–; hospitals generals, diferenciats en tots els casos pel seu model de gestió –estatutari o laboral–; hospitals amb especialitats de referència, i hospitals privats⁵. A més, cada any s'analitza una àrea clínica diferent.

Taula 5. Indicadors d'avaluació del TOP 20

Indicadors de qualitat assistencial	<ul style="list-style-type: none"> • Índex de mortalitat ajustat per risc • Índex de complicacions ajustat per risc • Índex de readmissions ajustat per risc
Indicadors de funcionament	<ul style="list-style-type: none"> • Estança mitjana ajustada per casuística i severitat • Taxa de substitució en cirurgia sense ingrés
Indicador econòmic	<ul style="list-style-type: none"> • Cost ajustat per unitat de producció

Font: elaboració pròpia. IASIST (2007).

El TOP 20 basa la seva avaluació en sis indicadors que comprenen tres dimensions: qualitat assistencial, funcionament i sostenibilitat econòmica de la pràctica crítica. A través dels resultats sobre qualitat assistencial es detecten quins són els hospitals amb més efectivitat, és a dir, els que tenen millors resultats, tot i tractar malalts més complexos, i els seus resultats es comparen en percentatges amb la mitjana dels hospitals de cada categoria. D'altra banda, el concepte de qualitat va estretament relacionat amb el de bon funcionament, ja que s'entén que la pràctica clínica, els temps i els processos, són elements determinants de la qualitat. A més, a través dels indicadors de funcionament es valoren també elements d'eficiència –estades hospitalàries més curtes, cirurgia sense ingrés– que s'avaluen de manera específica a través de l'indicador econòmic que relaciona el cost de les activitats amb el volum i la complexitat de l'assistència que realitzen.

El TOP 20 és una experiència privada, voluntària i d'un abast limitat, però, al mateix temps, és probablement l'experiència de mesura de rendiment en el sentit de *performance* agregada més important de Catalunya i de l'Estat espanyol, amb la participació de fins a cent cinquanta hospitals diferents en les darreres vuit edicions. Això no exclou que hagi estat objecte de crítiques per la seva metodologia, ateses les possibilitats de millorar els resultats, especialment pel que fa a l'eficiència, amb la inclusió d'un major nombre de diagnòstics secundaris en la facturació.

5. El TOP 20 classifica els hospitals com a públics o privats en funció de l'origen del finançament de la seva activitat i no de la propietat patrimonial o la seva gestió.

CAPÍTOL 4.

EXPLICACIONS “RACIONALS” I “ESTRUCTURALS” DE LA TRAJECTÒRIA SEGUIDA PER CATALUNYA AMB RELACIÓ A LA MESURA DEL RENDIMENT I ANÀLISI DE LA SITUACIÓ ACTUAL

Una vegada revisada la trajectòria de Catalunya amb relació al tema que ens ocupa, en aquest capítol es tracten tres qüestions: primera, perquè s'arriba a la situació actual; segona, en quina mesura els indicadors i les mesures que s'han anat creant són útils a les funcions de govern del sector; i, tercera, quins són els desenvolupaments futurs que podem esperar en aquest àmbit, a Catalunya. Amb relació al primer punt, la finalitat és explicar el perquè del procés observat, la qual cosa ens permet introduir la perspectiva institucional i política, allunyada de la visió estrictament econòmica que hem comentat a la introducció. El segon punt tracta de veure fins a quin punt es reproduïen alguns dels problemes clàssics de tot projecte de mesura del rendiment els quals limiten les possibilitats d'evolució del model. Amb el tercer punt, fem un pas, des de l'anàlisi dels processos i dels fets, a l'estimació d'allò que és probable que passi i del que seria normativament desitjable per garantir-ne l'èxit.

1. Explicacions “racionals” i “estructurals” de la trajectòria seguida

D'acord amb el plantejament d'anàlisi dels processos polítics i administratius fets a la introducció, analitzem aquí quatre possibles explicacions del procés que ha seguit Catalunya, amb relació al desenvolupament d'indicadors per mesurar el rendiment en el sentit més ampli de mesura de l'eficàcia, l'equitat, l'eficiència, la qualitat i el funcionament del sistema de salut pública.

Aquest plantejament segueix l'anàlisi de Pollitt (2007) que havíem anunciat, i ens preguntem quina de les quatre explicacions considerades és la que millor s'ajusta al procés observat. Les explicacions que hem considerat es fonamenten en: a) l'elecció racional i el camí de la dependència; b) l'efecte de les estructures polítiques i administratives, de la cultura i els valors presents a la societat i a l'Administració pública; i c) l'organització del sector i els mecanismes de finançament. També hem considerat la possibilitat de combinació d'aquestes teories. Per començar, però, examinem una primera hipòtesi que vincula la posició de Catalunya

en aquest tema pel fet de patir un cert retard respecte d'altres sistemes europeus. Creiem, però, que aquesta no és una explicació suficient, o que es pugui mantenir sense recórrer a altres explicacions que ens indiquin perquè es produeix aquesta situació de retard.

1.1. L'explicació partint del retard en l'adopció d'una reforma previsible

La primera explicació, i la més simple, és que els catalans vam començar més tard, i hem trigat més a entrar en la discussió d'una estratègia de mesura del rendiment però que, a poc a poc, acabarem fent com els nostres veïns del nord, desenvolupant, per tant, sistemes sofisticats i complexos de mesura de la salut de la població, i de l'impacte de la gestió pública dels serveis sanitaris. Per imitació o per difusió de pràctiques de gestió a través de les organitzacions supranacionals, la sanitat catalana i espanyola, en general, han anat introduint mesures que ja havien estat creades per altres països europeus i és previsible que segueixi el camí marcat per alguns dels països que hem comentat en el segon capítol d'aquest treball.

Aquesta explicació s'utilitza sovint basant-se en la classificació dels països europeus en cinc grans grups pel que fa a la gestió pública: països de l'Europa del nord, països anglosaxons, països continentals, països de l'Europa del sud i, més recentment, països de l'Europa de l'est. Es tracta d'una visió del món de la gestió pública segons la qual hi ha un model superior, una millor pràctica i unes eines de gestió pública que es van difonent, no només a Europa, sinó a altres llocs del món, i que la modernització de la gestió pública passa per adoptar aquestes pràctiques i eines en un procés de convergència que es convertiria en ineludible.

L'explicació basada en el model de convergència europea xoca amb la realitat, en la mesura que l'estil i la trajectòria de la reforma del sector públic en els països europeus és variada, com a conseqüència de la varietat de cultures polítiques i administratives de partida, fruit de la barreja d'un conjunt d'elements, com ara els sistemes de contractació de personal, els sistemes pressupostaris, l'auditoria i comptabilitat de la despesa pública, les estructures més o menys descentralitzades i de major o menor grandària, o els diferents nivells de fragmentació i privatització de la provisió (Pollitt i Bouckaert, 2004). Això no vol dir que no es puguin compartir solucions als problemes que apareixen, i que en bona part són semblants, en particular pel que fa al cost de les prestacions. Però, com hem vist, les trajectòries de mesura de la *performance* en sanitat són força diferents i no donen lloc a un mateix model d'avaluació. Difícilment, Catalunya pot seguir un model britànic de comparació pública, premi i càstig públic basant-se en posar més o menys distincions. En el mateix sentit, tampoc està clar que pugui seguir un altre model més discret, pel que fa a l'exposició pública de les fortaleeses i debilitats dels hospitals i de les altres institucions sanitàries, sense una elevada capacitat de concertació i confiança interinstitucional. Certament hi ha països que comencen abans el procés de creació i posada en pràctica de sistemes de mesura del rendiment però això no vol dir que els estils, els instruments i les conseqüències hagin de ser coincidents.

1.2. L'explicació partint de l'elecció racional i la dependència del camí

La segona explicació procedeix de la teoria de l'elecció racional. En termes generals, el *rational choice* parteix de l'anàlisi de les interaccions entre individus i dels moviments estratègics dels actors, en funció de les estructures d'incentius i de la manera en què intenten maximitzar les seves utilitats individuals. Aquesta perspectiva considera que els professionals mèdics, les seves organitzacions professionals, les empreses proveïdores de serveis sanitaris, els seus administradors, els gestors del sistema públic i, fins i tot, els polítics, maximitzen les seves utilitats en prendre decisions col·lectives.

Més concretament, l'aplicació de la teoria de l'elecció racional a l'estudi de les institucions i de l'Administració pública ha donat lloc al concepte de "camí de la dependència" (*path dependency*), de "vinculació" o "l·ligam" (*embeddedness*) i d'efecte bloqueig (*lock in*) (Pierson, 2000 i 2004). La idea principal és que qualsevol decisió està condicionada per decisions anteriors i que el fet d'emprendre un determinat camí de reforma determina les decisions i opcions que es prenen en el futur, ja que cada vegada és major el cost de prendre decisions que marxïn de la trajectòria empresa i, al revés, és més gran el retorn que suposa mantenir-se en el camí que es va establir en el passat.

Aquesta visió ens ajuda a entendre algunes decisions que va anar adoptant el Govern català en matèria de gestió sanitària i de mesura del rendiment del sistema. Parteix del fort pes de la situació heretada, en el sentit de limitar les possibles alternatives, i se centra en el seguiment d'una política marcada pel que es va trobar el Govern català en assumir la competència de sanitat. Com han indicat alguns dels entrevistats, el Govern català va haver de gestionar una situació que no havia triat, de provisió mixta, i va haver d'anar reaccionant a les demandes d'un sector força dinàmic, el qual va anar marcant el camí a través de les patronals.

Certament, el Govern català tenia l'ICS, al qual podia gestionar a través d'un sistema jeràrquic de control central, i amb el qual podia ser més intervencionista, posant gerents, marcant indicadors d'eficiència, forçant la contractació externa d'alguns serveis. Però també havia de governar una part del sistema de provisió de salut que no controlava directament, malgrat que tenia la responsabilitat política de l'accessibilitat dels ciutadans, de la qualitat dels serveis i de l'eficiència global de la sanitat pública. Tot això va donar lloc al model, que hem explicat, de competència regulada administrativament.

Una possible explicació és que, en una primera època, el Govern català havia de desenvolupar un sistema de contractació i pagament que s'adaptés a la situació que es va trobar, la qual cosa va donar lloc a una resposta institucional que va consistir en ordenar el mapa sanitari, acreditar els centres hospitalaris, pagar a través de les UBA i adoptar, com a criteri principal, l'"estada mitjana". En els termes de l'elecció racional, el Servei Català de la Salut (SCS) era el "principal" que intentava assolir un major control sobre un grup

d'“agents” força autònom, però que depenia del finançament públic. La necessitat d'incrementar el control públic va emergir ràpidament com a conseqüència de la insuficiència del finançament i el risc d'una espiral de despesa que s'incrementava, a una velocitat preocupant, si es deixava el sistema al seu aire. Els concerts, la gerencialització dels hospitals, el desenvolupament de la Central de Balanços, i el conjunt mínim bàsic de dades, van ser les eines principals que es van desenvolupar amb la finalitat de controlar els costos, ajustar els pagaments a l'activitat estàndard i millorar l'eficiència.

Aquestes mesures han anat posant la gestió de la salut a Catalunya en un camí que cada vegada és més difícil de revertir. El SCS s'ha anat reforçant institucionalment i ha creat una estructura que després ha evolucionat cap al format d'asseguradora del sistema, sota la denominació CatSalut. La seva funció ha estat la de corregir les debilitats en el sistema de pagaments, amb l'intent d'evitar la discriminació entre els proveïdors, al mateix temps que impulsava uns mecanismes de *benchmarking* compartint la informació. La millor resposta, políticament, era prendre mesures per millorar i afinar el sistema i no abandonar el camí emprès.

Això és exactament el que va passar, tant amb els governs de CiU, que van ser els creadors del sistema, com amb els governs del PSC-ERC-ICV, que van continuar la mateixa política. Progressivament, es va anar refinant el sistema de contractació a través de la fórmula de l'IRR i l'IRE hospitalaris, i es va anar millorant el sistema de captació de dades a través de la contractació, de la Central de Balanços i del conjunt mínim bàsic de dades. A mesura que va passar el temps, es va plantejar la necessitat de millorar la informació sobre *outcomes*, això va fer que la Central de Balanços avancés cap a la Central de Resultats, en la qual, no només s'integressin mesures de cost i balanços, sinó també mesures d'efectivitat clínica, de seguretat i satisfacció dels pacients. Aquesta evolució, propiciada des de dins, també respon a la pressió externa perquè el sistema sigui més transparent respecte d'algunes mesures, com les llistes d'espera, que els usuaris pateixen de manera més directa i que estan més presents en els mitjans de comunicació.

Aquest procés va anar creant una comunitat d'especialistes –gestors del Catsalut, gerents hospitalaris, economistes de la salut, planificadors públics– que va anar impulsant un procés que tenia més fàcil tirar endavant, afegint sofisticació al sistema, que no pas tirar enrere. Hi ha un retorn positiu que alimenta el procés internament, però també hi ha un retorn que ve de l'exterior en forma de senyals que animen a seguir en la mateixa línia, com en el cas de la cooperació amb el Quebec o, en el marc europeu, a través del debat sobre la fragmentació del sistema, l'externalització de la provisió, la contractualització de les relacions i els sistemes de pagament dels serveis.

En l'època més recent del Govern tripartit, el cost polític d'abandonar-ho tot hauria estat massa elevat. No era racional abandonar el sistema de contractació partint d'un sistema que, tot i ser poc transparent en les fórmules i dades que utilitzava, era millor que tornar a un sistema jeràrquic burocràtic i centralitzat. Per a un Govern de centre esquerra aquesta

qüestió no era fàcil, ja que la seva prioritat natural era demostrar que podia reformar el gran organisme públic de provisió de serveis sanitaris. El principal missatge era que es podia millorar la gestió de l'ICS, com s'havia fet en altres àmbits de la gestió pública. El repte era, doncs, millorar l'ICS des de dins, fent-lo més "empresarial" i menys Administració pública, i assolir un major nivell de control sobre la discrecionalitat dels professionals de la medicina pública, un altre moviment del principal per controlar els agents.

Però, amb relació a l'altre gran conglomerat de provisió externa, la posició del Govern de centre esquerra no podia ser altra que superar les reticències que havia mostrat mentre era a l'oposició, i assumir la política de competència regulada entre proveïdors de serveis hospitalaris, amb l'extensió del model, en la mesura que fos possible, a l'assistència primària a través de la fórmula de les entitats de base associativa. Aquesta era l'elecció racional, fent, però, un pas endavant tant en la gestió de la part pública, com posant en marxa indicadors de *rendiment*, sobretot a través de la Central de Resultats. L'agent –en aquest cas el Govern tripartit– podia dir-li al principal –l'electorat– que estava sent eficient, però també més transparent.

Com han indicat alguns autors (Pierson, 2004) les teories de l'elecció racional presenten problemes quan es limiten a elaborar models de les interaccions entre els individus, i restringeixen el camp de visió, tant en l'espai com en el temps. Aquesta visió restrictiva no els permet tenir en compte elements de la macro estructura, de l'ordenació temporal dels fets, ni els processos socials que acaben tenint efectes en el temps i que superen els moviments estratègics dels actors. La teoria de la "dependència del camí" suposa un avançament en aquest sentit, ja que incorpora els factors històrics o contextuais. En el cas de les reformes dels sistemes d'indicadors per mesurar el rendiment de la salut pública catalana, el pes del passat és present en el projecte de la Central de Resultats, en forma d'interaccions prèvies entre agents públics i privats, i de capacitat de la mateixa Administració per desenvolupar un sistema que sigui diferent del de la Central de Balanços.

1.3. L'explicació a partir de la cultura política

La tercera explicació parteix d'arguments derivats de les teories que posen l'accent en la importància de les estructures institucionals, polítiques i administratives (Lijphart, 1984, 1989) i de la cultura política (Hofstede, 2001).

La principal diferència, des de la perspectiva de les estructures de Govern, és el contrast entre la tendència cap a un sistema majoritari o la tendència cap a un sistema de consens. El primer respon a la idea que governa qui té la majoria, mentre que el segon respon a la idea que han de governar el major nombre d'actors possibles, la qual cosa implica una àmplia participació en la presa de decisions i l'adopció d'acords, com més amplis millor. Un model és excloent, competitiu i de confrontació, mentre que l'altre es caracteritza per la inclusió, el pacte i el compromís.

Des de la perspectiva de la cultura, Hofstede, i altres autors, van començar analitzant les diferències entre grups de països en les seves relacions de treball, d'acord amb les mesures del grau d'acceptació de la jerarquia i de l'autoritat, de l'individualisme, de l'actitud davant del risc, i del grau de discriminació entre gèneres. Posteriorment, Hofstede *et al.* (1990, 2001), va estudiar altres dimensions més vinculades a la manera de treballar de les administracions públiques per arribar a la conclusió que els "valors" depenen de la nacionalitat, la demografia o l'edat, mentre que les "pràctiques" estan més associades amb les funcions o les estructures dins les organitzacions. Aquests resultats van donar lloc a altres estudis que relacionen les cultures més col·lectivistes o de control social, amb actituds més protectores dels directius cap als seus subordinats (Smith *et al.* 1996).

Catalunya, per raons culturals –valors en les relacions de treball, prioritats en la manera de treballar de l'Administració– i per raons institucionals –legislació electoral, sistema de partits, sistema parlamentari– té una tendència als acords amplis i al corporativisme. Culturalment i institucionalment, el sistema de governació català està lluny d'un model dinàmic i "agressiu" de canvis i reformes, sobre la base d'una estructura de govern majoritària –amb clares majories–, centralitzada, i amb una cultura utilitarista i individualista.

Per aquesta raó, és poc probable que en el cas català es publiqui un rànquing d'hospitals amb estrelles, d'un dia per l'altre, com va fer el govern de Blair al Regne Unit. Per arribar a aquesta situació, caldria un procés llarg, en el qual les idees s'anessin decantant i discutint entre els actors principals del sector, fins a arribar a acords entre les associacions d'hospitals, el Departament de Salut, el CatSalut, les associacions professionals mèdiques, l'associació de proveïdors privats d'assistència primària, els ajuntaments i els consorcis territorials. El judici públic dels hospitals a través d'un sistema que en deixi alguns en la pitjor condició possible, no és gaire probable, perquè no seria acceptable per al sector, ni tampoc per als responsables polítics de la Generalitat o dels ajuntaments. Cap alcalde permetria que es posés en qüestió el seu hospital comarcal i buscaria, en canvi, solucions a les seves mancances i debilitats a través del partit polític o de les institucions.

Sense l'acceptació del sector és difícil, doncs, que els governs de coalició que es formen a Catalunya puguin tirar endavant una política contrària a la que s'ha portat a terme en el passat. Com hem pogut veure amb relació a les fórmules utilitzades per calcular el pagament dels serveis, es va preveure una transició lenta, de més de deu anys, en la qual el finançament passat és el que més pesa. La reforma de l'assistència primària, que va suposar la creació de les entitats de base associativa, es va iniciar amb una prova pilot i, quinze anys després del seu inici, afecta un nombre menor de centres.

En el cas d'un govern majoritari, amb un ampli suport electoral, seria més factible que un projecte trencador amb la tradició tirés endavant, sense haver de passar per tantes negociacions. Però, en el cas català, hi ha molts punts on és possible que els actors implicats exerceixin el vet i no permetin que una política dràstica, de reducció del cost i a favor de

l'eficiència, per exemple, es pugui implementar. D'acord amb el que acabem de dir, caldria esperar, doncs, estratègies menys agressives, més negociades i limitades, en el seu abast, a la reforma del sector públic sanitari. En particular, amb relació a canvis que suposin la privatització d'organismes públics, la introducció de mecanismes de mercat als serveis públics, l'ús de taules comparatives de resultats a la provisió de serveis, o altres indicadors que permetin premiar o castigar els que surten millor i pitjor classificats. Catalunya es diferencia en això del Regne Unit, on el Govern ha tirat endavant reformes tipus "nova gestió pública" de manera molt més decidida, ràpida i molt abans que en altres països. En aquest sentit, Catalunya és més propera a Alemanya, França o Espanya, on la competència en la provisió, la retribució variable dels empleats públics o la mesura del rendiment aixequen suspicàcies entre la major part dels actors que en puguin resultar afectats.

1.4. L'explicació a partir de les formes d'organització i el finançament

La quarta explicació es basa en les diferències en l'organització i en el finançament de la salut pública. Aquesta explicació té més punts de contacte amb l'anterior, que no pas amb la perspectiva de l'elecció racional, en la mesura que se centra en elements estructurals i contextuals del sector i no en els motius individuals i en les estratègies que segueixen els actors en els seus intercanvis.

El sistema de finançament de les autonomies espanyoles, i de la sanitat, és per impostos propis o transferits de l'Estat. Fent ús de la seva autonomia, cada comunitat autònoma ha anat augmentant la part de recursos públics dedicats a la sanitat. L'efecte final ha estat portar els nivells de despesa pública del conjunt de l'Estat a un punt més proper a la mitjana dels països de l'OCDE.⁶ La principal qüestió en la política autonòmica ha estat el dèficit que afecta les finances públiques, derivat, en una part important, de l'increment del cost dels serveis sanitaris. Com passa en altres països europeus, a Catalunya cada vegada es gasta més en les persones grans. D'altra banda, el sistema és inflacionista, com a conseqüència de la pressió exercida perquè s'apliquin noves tecnologies que estan constantment ampliant les possibilitats de diagnòstic i de tractament mèdic, la qual cosa crea expectatives més elevades en els pacients.

A diferència d'altres països europeus, el sistema espanyol i català de finançament de la sanitat, no és de contribució, en el qual les prestacions es relacionen amb les aportacions fetes per cada individu, com passa, per exemple, amb les pensions. El sistema català universal i públic compta, però, amb els pagaments que fan els ciutadans privadament per serveis no inclosos al servei públic, com el dentista. També compta amb l'existència, en

6. La despesa total pública i privada d'Espanya se situava al voltant del 5,7% del PIB l'any 2005, mentre que la mitjana per a l'OCDE era de 8,9%, segons la mateixa OCDE (2006).

paral·lel, d'un sistema privat de serveis de salut, fruit de la preferència d'una part important de la població per tenir un sistema de doble assegurança que li permet escollir entre el sistema públic o la mútua privada per a tots aquells serveis que té coberts per ambdós costats.

El fet que la font de finançament del sistema públic sigui única i centralitzada, o plural i diversa, té implicacions pel que fa a la necessitat de consensuar les reformes. En el cas d'Holanda, per exemple, hi ha una assegurança obligatòria per a tots els empleats, la renda dels quals està per sota d'un cert nivell, i el Govern determina el nivell de contribució en funció dels ingressos. Hi ha un terç dels empleats que han de subscriure una assegurança privada, a part, per cobrir els riscos més greus (Blank i Bureau, 2004). Aquesta sistema, malgrat la regulació i el control públic, situa el Govern en una posició més feble respecte als proveïdors privats, i l'obliga, per tant, a entrar en una estratègia de negociació i consens.

El sistema català es caracteritza per una estreta relació amb el Govern central, amb el qual ha d'acordar el finançament en funció del catàleg de prestacions incloses al sistema públic. L'altra característica organitzativa que obliga el sistema català a negociar i a implicar en la gestió a actors externs, és el fet que una bona part de la provisió es contracti al tercer sector. No es tracta, per tant, ni d'un sistema centralitzat com el britànic o el francès, amb major capacitat de reforma per la via de la jerarquia, ni d'un sistema que depengui del mercat privat per a la cobertura pública de les prestacions, en el sentit que els ciutadans estiguin obligats a pagar una assegurança privada. Però les negociacions són constants cap amunt –Govern central– i cap avall –hospitals no públics, governs territorials i locals. Aquestes característiques organitzatives i de finançament obliguen, per tant, a una forma de govern més participativa i oberta, basant-se en l'acord dels afectats directes per les possibles reformes. Certament, en tots els països, el sector de la salut és complex i integra una gran varietat d'institucions que ocupen una àmplia varietat de grups professionals. Però, si és difícil identificar uns pocs indicadors que reflecteixin de manera acurada la qualitat dels serveis o l'eficiència del sistema, encara és més difícil que aquest conjunt d'indicadors es percebin com a vàlids per tots els actors d'un sistema descentralitzat, plural i corporatiu.

1.5. Amb quina explicació ens quedem?

Descartada la primera explicació, el debat se centra entre dues opcions, una explicació fonamentada en la teoria de l'elecció racional, i una explicació alternativa que parteix de la combinació de les dues últimes teories, més compatibles perquè se centren en elements relacionats: estructurals, culturals i organitzatius.

Per una banda, l'explicació del procés es pot fonamentar en la importància de les institucions com a estructures que condicionen els canvis en determinades direccions. Des d'a-

questa perspectiva “estructuralista”, les característiques de l’organització del sector estan influïdes per les característiques més àmplies del sistema. El sector de la salut reflecteix la natura i les característiques del sistema polític i administratiu. La tendència corporativista és fruit d’un determinat estil de fer política i prendre decisions col·lectives, en el qual els partits també tenen un paper important. El comportament del sector, que tendeix als acords amplis i al consens, recorda igualment la manera de fer del Govern català, en el seu conjunt, que ha anat tendint cap a les coalicions i els acords entre les forces polítiques.

Dins aquest sistema de govern de la salut hi ha actors més poderosos, com el CatSalut en el marc del Departament de Salut, les patronals hospitalàries o el Col·legi de Metges entre les associacions professionals mèdiques que determinen les polítiques. També hi ha altres elements que conformen la cultura administrativa i que influeixen de manera més subtil, com la preocupació per l’eficiència dels economistes de la salut, la baixa identificació amb l’organització dels professionals mèdics, o la tendència a prestar més atenció als procediments, que als resultats, d’ambdós grups. La fortalesa de la cultura dificulta els canvis que només són acceptats a mesura que lentament va canviant el marc de referència.

Per altra banda, la teoria “racionalista” explica la direcció inicial que va prendre el Govern de la Generalitat en un moment històric determinat, en què estava sotmès a fortes pressions externes i havia d’ordenar un sector complex sobre el qual passava a tenir competència de regulació i gestió. La teoria de l’elecció racional explica, igualment, perquè és difícil canviar de camí, i com els diferents arranjaments institucionals van anar creant estructures d’incentius i regles de joc a les quals els actors van anar adaptant el seu comportament, fins al moment que la xarxa de relacions va ser tal que van quedar “lligats” els uns amb els altres. Però, la teoria de l’elecció racional resulta menys convincent si es tracta d’explicar la trajectòria específica que segueix Catalunya en matèria de reforma de la política sanitària i de creació de mesures de rendiment. Pel fet de posar l’atenció en les estratègies dels actors, és més difícil explicar com evoluciona el sistema amb el temps, i perquè no s’arriba a una determinada solució, “britànica” o “consensual” per posar els dos exemples principals de l’anàlisi comparat. De fet, la proposta de la Central de Resultats està més a prop de la solució consensual, però si afirmem que això passa per la major proximitat del sistema del Govern català al sistema de govern i als valors culturals del model holandès, aleshores estem fent una interpretació que no és pròpia de l’elecció racional, sinó precisament de la visió estructural.

Així doncs, la conclusió és que les teories “estructuralistes” expliquen millor les trajectòries de desenvolupament i els camins alternatius, si bé són aproximacions poc precises a l’hora de veure com juguen els diferents elements entre els actors. Les teories de l’elecció racional tenen una visió més micro i forcen l’analista a identificar les preferències i els intercanvis, però resulten menys fiables per arribar a entendre l’evolució temporal dels fets, així com l’evolució previsible del sistema en el futur.

2. El punt d'arribada: el "model" català de mesura del rendiment. Potencialitats i debilitats

El resultat de tot aquest procés històric que hem analitzat és que a 2009 el Govern català no té definida una proposta de mesura del rendiment que pugui presentar a la societat o al Parlament, en el sentit d'un conjunt d'indicadors que donin una "fotografia" equilibrada dels resultats del sistema i dels organismes que el componen. De fet, tampoc té definit un concepte de rendiment per al seu ús intern o extern, que es pugui associar de manera clara a la idea d'*outcomes* del conjunt de serveis catalans per a la salut. Es parla d'eficàcia i de qualitat i el sistema és sensible als problemes de qualitat que es puguin produir, però no mesura directament aquesta qualitat. Aquest concepte es relaciona més amb inversió, tecnologia i eficiència, que no pas amb funcionament, procés o percepció subjectiva dels usuaris o de la societat.

«El Departament de Salut veu els seus hospitals tal com el Departament d'Educació veu les seves escoles. Més qualitat vol dir més inversió, i no tant posar de relleu el que no funciona.»

Expert consultor en l'àmbit sanitari

Implícitament, el desplegament de la política sanitària a Catalunya, i la creació de diversos instruments per recollir informació i crear indicadors per a la gestió de la salut, sí que ens donen una idea de la visió que té la Generalitat de la mesura del rendiment. La trajectòria que hem presentat i intentat explicar, demostra una preocupació principal de les institucions catalanes per retre comptes des d'un punt de vista econòmic i pressupostari. L'objectiu prioritari des de l'inici, amb el traspàs de les competències l'any 1981, fins avui, ha estat el control de la despesa sanitària. L'orientació dominant ha estat la que es preocupa per l'estructura, els recursos i els costos de producció.

Aquesta preocupació i la mesura de l'activitat a través dels contractes i de la informació generada sobre estades mitjanes, diagnòstics i tractaments, ha permès generar mesures d'eficiència amb les quals s'han anat estandarditzant les prestacions, a la vegada que s'asseguraven uns mínims de qualitat. La finalitat principal ha estat millorar l'eficiència, amb el manteniment d'un cert nivell d'eficàcia i qualitat del sistema. Més enllà d'aquesta visió, alguns entrevistats s'han referit al caràcter, sovint excepcional, de la gestió, la qual s'ha vist obligada a evitar problemes abans que a actuar proactivament.

«Les dues grans preocupacions han estat que la despesa sanitària no es disparés i que no es produís un impacte negatiu en l'opinió pública. No sortir als diaris perquè les urgències estan col·lapsades, per una epidèmia o algun cas de mala pràctica.»

Recercador expert en gestió sanitària

En termes de rendició de comptes en direcció vertical o horitzontal: en el cas català hi ha una preocupació per retre comptes cap amunt –*accountability* vertical– dels proveïdors públics i privats al CatSalut i, d'aquest, al Departament de Salut i al Govern. Però, tan important com aquesta relació, és la que s'estableix horitzontalment amb el sector, la qual cosa fa que també es rendeixin comptes als actors principals de la política sanitària, ja siguin els hospitals, les patronals, les associacions professionals o els sindicats. Prova d'això és que els instruments creats per a la gestió del sistema són fruit de la cooperació entre l'Administració i la xarxa de centres d'utilitat pública, que busquen la seva viabilitat financera, al mateix temps que intenten millorar l'atenció que donen als usuaris. Algunes entrevistes han posat de relleu aquesta orientació horitzontal d'alguns dels instruments creats.

«La Central de Balanços aporta una informació que permet que els hospitals es comparin entre ells, i dóna una foto de la solvència del sistema. És una font d'informació transparent per a les patronals i els sindicats.»

Recercador expert en gestió sanitària

En canvi, no és tan clar un esforç similar en el sentit d'*accountability* cap enfora, cap als ciutadans, el Parlament i la societat en general. La informació dels indicadors que es recullen i utilitzen no es trasllada normalment fora del sector, si bé hi ha un cert consens en què l'estratègia de futur a l'àmbit sanitari passa per retre comptes a la ciutadania, especialment pel que fa als *outcomes* del sistema, tot i que encara no hi hagi un acord sobre el com i el quan. En aquest mateix sentit s'han manifestat alguns dels entrevistats.

«No hi ha èmfasi en l'avaluació de resultats. Històricament hi ha molta informació, però mai no s'ha estructurat per donar informació de resultats als ciutadans.»

Directiu públic en l'àmbit de la gestió sanitària

«Hi ha molts indicadors d'activitat, de producció, de productivitat i finançament, però no hi ha indicadors molt bàsics per on es podrien començar a mesurar els resultats del sistema.»

Gerent d'hospitals

Un efecte previsible de l'atenció a la gestió pressupostària ha estat l'eliminació progressiva de les diferències entre gestió pública i gestió privada entre els centres d'utilitat pública. Fins i tot, el sector privat ha participat en algunes de les iniciatives del sector públic com el CMBD, ja que ha esdevingut una font d'informació molt valuosa per al control intern, amb relació als valors mitjans de referència del sector. Altres instruments de planificació estratègica, d'ordenació dels centres sobre el territori, i de gestió dels serveis en assistència primària, també han apropiat la gestió pública a la gestió privada i, aquesta, a la pública.

Iniciatives privades com el TOP 20 inclouen centres amb titularitat i formes de gestió diferents, la qual cosa permet anàlisis més agregats o desagregats per categories. La conseqüència directa és l'estandardització de les activitats i la seva focalització en la gestió, sense prestar tanta atenció als resultats o a la qualitat que perceben els ciutadans.

2.1. Les potencialitats

Si examinem la informació disponible a Catalunya sobre gestió sanitària, és abundant i cobreix els aspectes que interessen els decisors polítics, els gestors, els professionals i, fins i tot, els usuaris. Com passa en tants sistemes públics i privats d'organitzacions complexes, el problema és més aviat l'accés i la utilització d'aquesta informació.

En l'àmbit de la salut hi ha un cert consens en què és important que les activitats es facin bé, perquè es produeixin els resultats desitjats, però que aquests depenen, en bona part, d'elements contextuais que escapen del control dels professionals mèdics. Des d'aquest punt de vista es justifica que les organitzacions de l'àmbit sanitari facilitin informació per a indicadors de recursos, procediments, activitats i outputs i, en menor mesura, *outcomes*, en el sentit de resultats finals. S'entén que una organització que aplica els millors coneixements disponibles, i que ho fa amb un procediment que garanteix un cost raonable de les actuacions obtindrà els millors resultats possibles.

De fet, però, hi ha també força informació sobre *outcomes* en un triple sentit: informació sobre l'estat de salut de la població; sobre els resultats directes de la pràctica clínica –complicacions, readmissions o mortalitat–, i sobre l'estat financer del sector que, fent una interpretació àmplia, també es pot considerar un resultat del sistema de gestió. En aquest sentit més ampli també es podria incloure la satisfacció dels usuaris –sobre la qual hi ha força informació– i la satisfacció dels professionals –sobre la qual hi ha menys informació.

A la taula 5 es relacionen les eines de gestió de la salut pública a Catalunya amb la tipologia d'indicadors que generen i les funcions de la gestió que poden cobrir. Des de la perspectiva de la tipologia de les mesures, val la pena destacar la possibilitat d'explotar els indicadors relacionats amb l'estat de salut de la població i amb les funcions assistencials, per aportar més informació sobre qualitat dels procediments i resultats clínics. L'impuls d'aquesta orientació permetria compensar el domini històric de les mesures econòmiques i acostar els sistemes de mesura a les qüestions que interessen els professionals. Des de la perspectiva de les funcions de gestió, es poden fer observacions similars en la mesura que, malgrat que totes elles disposen d'alguns indicadors, el sistema està més orientat a la planificació a curt termini –pressupost anual– que no pas a la planificació a llarg termini; a la gestió eficient dels serveis, que no pas a la millora de la qualitat assistencial professional, i al control de la despesa pel Govern, que no pas al

control de l'acompliment dels grans objectius i resultats que interessin els ciutadans. La revisió de les funcions principals que hem esmentat al capítol primer ens pot servir per argumentar a favor d'aquesta visió.

- En planificació, els elements dominants són el pressupost i la contractació que, si bé incorporen els objectius del Pla de salut, tenen una perspectiva a curt termini i molt focalitzada en les actuacions dels centres. El Pla de salut i les seves avaluacions queden més deslligats de la gestió ordinària dels centres, malgrat que han condicionat l'actuació dels professionals, sobretot en assistència primària, a través de l'estandarització de les actuacions en determinats programes.
- En gestió de serveis, les mesures actuen novament a través de la contractació com a límits que no es poden superar per "quedar bé" davant de l'òrgan finançador, però no tant com a element transformador intern que ajudi a millorar la gestió i les operacions. En aquest sentit, no hi ha tant una avaluació interna i una millora, com un control de la gestió molt vinculat al pressupost, per ajustar-lo i així no tenir problemes amb el contracte. En aquest sentit, algun dels entrevistats ha volgut remarcar:

«La informació que es recull serveix per concertar, però no per avaluar els serveis interns.»

Directiu públic en l'àmbit de la gestió sanitària

«L'incentiu és quedar bé per no perdre finançament, per raó d'algun incompliment que surti al contracte.»

Gerent d'hospitals

Taula 6. Indicadors i gestió de la salut a Catalunya

Instruments	Tipus de mesura	Funció
CONTRACTES	Mesures d'estructura, cost de producció, activitat/output	<ul style="list-style-type: none"> • Planificació • Preparació del pressupost • Gestió dels serveis • Control del Govern
PLANS DE SALUT	Mesures d'estructura i <i>outcomes</i> (estat de salut de la població)	<ul style="list-style-type: none"> • Planificació • Redefinició de la política
CONJUNT MÍNIM BÀSIC DE DADES	Mesures d'estructura, activitat/output i <i>outcomes</i> (pràctica clínica)	<ul style="list-style-type: none"> • Gestió dels serveis • Millora de la prestació dels professionals
CENTRAL DE BALANÇOS	Mesures d'estructura i <i>outcomes</i> financers	<ul style="list-style-type: none"> • Planificació • Preparació del pressupost • Control del govern
CENTRAL DE RESULTATS	Previsió de mesures de tot tipus	<ul style="list-style-type: none"> • Planificació • Gestió dels serveis • Millora de la prestació dels professionals • Control del Govern • Redefinició de la política
TOP 20	Mesures d'estructura, cost de producció, activitat/output i <i>outcomes</i> (pràctica clínica)	<ul style="list-style-type: none"> • Gestió dels serveis • Millora de la prestació dels professionals

Font: elaboració pròpia.

- En millora de la prestació del servei que ofereixen els professionals, la percepció general és que aquest no és l'àmbit en què s'ha posat més èmfasi. Si bé els professionals tenen accés a la informació que es recull sobre com realitzen les seves activitats, aquesta no és la principal font de millora, la qual es vincula més a processos formatius, de recerca o de difusió de noves tècniques i pràctiques en congressos i conferències. Tampoc s'ha posat molt d'èmfasi en l'anàlisi de la informació que procedeix dels pacients, a partir d'enquestes de satisfacció o de reclamacions i queixes. És a dir, si bé aquests mecanismes existeixen, la informació pot anar als gestors i, fins i tot, arribar als contractes, però no tant als professionals perquè millorin la seva pràctica amb els pacients.

- En preparació del pressupost, ja hem vist com aquesta funció sí que es beneficia dels indicadors que recullen els contractes i del coneixement de la situació financera del sector. El principal objectiu que justifica els indicadors en els contractes ha estat definir quin era el nivell de recursos necessaris per al funcionament correcte del sistema sanitari. Diversos instruments complementaris, com les auditories o la mateixa Central de Balanços, han contribuït a aquesta mateixa funció.
- En control del govern i redefinició de la política, els contractes i la Central de Balanços són directament útils al Departament de Salut i a la Generalitat, els quals han pogut controlar a curt termini la sostenibilitat del sistema, mentre que el Pla de salut ha servit de vincle entre aquesta visió a curt termini i els grans objectius de la política sanitària a Europa. Les mesures, però, no han donat lloc a desenvolupar aquesta funció en el sentit de generar un paquet d'indicadors d'interès ciutadà, com en el cas de les llistes d'espera, el seguiment dels quals provoqués canvis de política del Govern. A les entrevistes s'ha manifestat, en repetides ocasions, que el sistema de contractació no suposa un incentiu suficient en aquest sentit, ja que la part variable dels contractes ha estat fins ara molt reduïda (un 0,5%).

2.2. Les debilitats

El fet que algunes funcions no es puguin desenvolupar adequadament, ja és una debilitat del sistema, però recollim aquí algunes de les suposicions teòriques en les quals es fonamenta el model clàssic de mesura del rendiment per valorar fins a quin punt es materialitzen en el sistema sanitari català.

Els objectius i els resultats principals no sempre estan clars

La primera suposició és que totes les intervencions o polítiques tenen objectius i és possible assolir el consens sobre els objectius i *outcomes* o resultats principals. L'anàlisi del cas català ens mostra que hi ha una notable confusió en aquest àmbit, motivada per la multiplicitat d'intervencions i objectius del Pla de salut –sovint s'ha parlat d'excessiu nombre d'objectius–, però també per la dificultat que genera el sistema administratiu i de gestió per associar els indicadors a objectius rellevants des de la perspectiva professional mèdica. Atesa l'elevada complexitat i transversalitat del sector, és fàcil que es donin situacions d'objectius i resultats contradictoris.

Tot no es pot mesurar

La segona suposició és que la totalitat de les activitats es poden mesurar i quantificar. L'experiència catalana ens diu que la capacitat per produir mesures varia molt en funció de les àrees sanitàries. A les àrees quirúrgiques, especialment en malalties cardiovasculars i càncer, on els processos estan més programats i els resultats de vida o mort són més immediats, és més fàcil incorporar indicadors. En canvi, a les àrees on els proces-

sos i les activitats estan menys estandarditzats, i els efectes són a llarg termini, com seria el cas de la salut mental, les dificultats de mesura són més grans. En alguns casos, la facilitat la dona el fet de poder comptabilitzar la despesa, com en el cas de la prescripció farmacèutica, mentre que, en altres, la facilitat la dona el fet de poder comptar temps, com en el cas de les urgències hospitalàries o del trasllat d'una persona que acaba de tenir un infart.

La informació no sempre és accessible

Una tercera suposició, relacionada amb les dues anteriors, és que la informació hi és i està disponible en algun lloc. Malgrat que la percepció general és que efectivament hi ha molta informació, i el sistema disposa de personal i tecnologia adequats per processar-la i analitzar-la, aquesta informació està fragmentada. Aquest és un comentari que va associat a una certa preocupació del CatSalut en el sentit de dependre dels ens proveïdors, i per a aquests, en el sentit de controlar la informació que tenen els altres actors sobre les seves operacions. En aquest sentit, el fet que l'Administració de la Generalitat faci el doble paper de finançador i coordinador de les iniciatives relacionades amb les principals bases de dades, podria ser un obstacle a una major integració de la informació. Amb relació a la disponibilitat de la informació, una altra font de problemes podria radicar en la manca d'informació sobre el punt de partida de cada institució. També aquí la percepció és d'una certa desconfiança sobre la capacitat per incorporar suficients elements del context per poder comparar adequadament les institucions.

«Has de mesurar tenint en compte les variables que influeixen, no només el grup, sinó també el territori, i la relació entre intervenció, població i territori és molt complexa.»

Recercador expert en gestió sanitària

Les mesures no són suficients per canviar comportaments

Malgrat que tot el sistema es fonamenta en els incentius i la racionalitat dels actors, hi ha un consens notable a pensar que els incentius no són suficients per provocar un canvi de comportament. Deixant de banda que el premi no és prou substanciós, i els gestors acaben per posar-se d'acord sobre el finançament que requereix cada institució, es podria produir un efecte pervers de rebuig als indicadors imposats a través dels contractes, per entendre que són artificials i que no recullen el que seria realment important des de la pràctica professional.

En aquest sentit, una idea que surt repetidament a les entrevistes és que, fins i tot a les àrees més susceptibles de quantificació, els problemes d'interpretació són importants. Els professionals mèdics coneixedors de la seva realitat i del context en què operen, tendeixen a relativitzar, per tant, els conceptes d'eficàcia i eficiència aplicats a la seva feina, amb la qual cosa rebutgen aproximacions excessivament simplistes.

«El concepte d'eficàcia i eficiència és molt relatiu. Per a un infart hi ha una solució tècnica, però el més important és que la persona que fumava deixi de fumar, o que el que porta una vida activa descansi tranquil·lament a casa seva.»

Expert consultor en l'àmbit sanitari

«Aquelles àrees que són més programables, tenen més estàndards, indicadors, etc. En aquelles altres més complexes o sobre les quals tenim un menor coneixement, els indicadors tenen menys sentit.»

Gerent d'hospitals

«Què és més eficaç, una operació de reducció d'estómac a una persona amb un problema d'obesitat, o ensenyar-li a canviar d'hàbits i a menjar bé amb temps i paciència?»

Expert consultor en l'àmbit sanitari

«No hi ha vincles amb premis o càstigs. Els recursos dels centres i la carrera d'un gerent no depenen dels indicadors de "performance" de l'hospital.»

Gerent d'hospitals

«El fet de disposar d'una pròtesi n'incentiva l'aplicació, però això no vol dir que sigui el millor per a aquella persona i per al conjunt de la societat. Els metges també fem com aquell que té un martell i busca claus on picar.»

Expert consultor en l'àmbit sanitari

El conjunt d'aquestes percepcions podria generar un cert escepticisme entre els professionals, a qui podrien no acabar de convèncer els mecanismes creats pels gestors de la salut o, fins i tot, entendre que un funcionament més eficaç d'aquestes mesures i sistemes podria acabar tenint conseqüències negatives per a la seva pràctica professional. Aquest xoc de valors, comentat per Freidson (2001), també es dona, per tant, en el cas del sistema de salut català. En aquest sentit, la professió mèdica entén que ja hi ha les vies adequades per avaluar la seva feina, ja siguin les societats professionals o científiques, la participació en congressos, els premis, el factor d'impacte de les publicacions o l'èxit en el mercat, entre d'altres.

«Hi ha resistències derivades d'una certa visió de la medicina. Malgrat que s'ha progressat en l'estandardització d'alguns procediments, tot el que sigui vist com un control o com una retallada de la llibertat de prescripció o en l'àmbit de l'acció professional i mèdica, és rebutjat [...]. Els premis i el reconeixement no passen per la millor gestió, sinó per les societats científiques. L'hospital tan sols és un instrument.»

Gerent d'hospitals

3. Futuribles

3.1. Què podem esperar?

Predir el futur no és fàcil, i donar consells no es correspon amb un treball acadèmic d'anàlisi. Però en aquest apartat entrem en aquest terreny de manera prudent, ja que l'evolució previsible es desprèn de l'explicació de la trajectòria seguida, i l'anàlisi de les experiències comparades i catalana apunten alguns dels elements a tenir en compte.

Teòricament, caldria esperar que, així com el percentatge de despesa pública en sanitat té una tendència a la convergència amb el context europeu, els indicadors de resultats del sistema s'aniran desenvolupant a Catalunya seguint els diversos models europeus. Aquest desenvolupament es pot gestionar amb discreció i prudència, com en el cas holandès, o podria evolucionar, en el seu ús a llarg termini, cap a un patró més competitiu, a l'estil britànic. Els mitjans de comunicació i la pressió pública podrien demandar que es fessin informes integrats de rendiment dels hospitals, a l'estil del que ja és avui, amb caràcter anònim i voluntari, el TOP 20. La idea que està present en part de la bibliografia (Pierson, 2000) és que, una vegada s'entra en aquest camí, i la informació esdevé pública, és impossible tirar enrere, ja que entren nous actors que fan nous usos de la informació disponible.

D'acord amb les teories "estructuralistes", és menys probable que Catalunya segueixi el patró britànic, ja que el sistema de gestió de la salut està força descentralitzat i la cultura política, administrativa i professional no afavoreix aquesta opció. No és possible, en el cas català, la gestió "per decret", ni una visió *top/down* uniforme del sistema davant la gran quantitat i diversitat d'interessos organitzats. Al contrari, el model català de gestió de la salut es caracteritza per un nombre elevat d'actors interdependents amb possibilitat d'exercir el seu poder de vet en múltiples ocasions, la qual cosa obliga a la gestió negociada de qualsevol proposta de reforma o canvi.

Per la configuració del seu sistema sanitari, Catalunya comparteix amb Holanda molts més elements que no pas amb els països anglosaxons. Ambdós territoris tenen un model mixt de proveïdors de serveis sanitaris, majoritàriament no públics, amb una llarga trajec-

tòria dins del teixit social. Els instruments desenvolupats a Holanda, a partir de l'any 2003, els quals donen prioritat a l'aprenentatge organitzatiu, però obliguen, al mateix temps, que cada institució publiqui i interpreti els seus resultats amb relació a uns temes o indicadors prèviament consensuats, és el pas que encara no ha fet Catalunya. El projecte de la Central de Resultats podria cobrir aquest buit, però de moment no està clar quina és la seva estratègia per aconseguir la cooperació del sector, ni com publicar la informació. Des del punt de vista dels experts entrevistats, la impressió general és que cal aquest instrument, però sense la possibilitat de comparacions ordinals.

«Les estratègies de futur passen per tenir la visió de conjunt i donar millor informació al sector, als usuaris, a la ciutadania i al poder polític.»

Directiu públic en l'àmbit de la gestió sanitària

«Crec que es vol tendir a la comparació d'informacions, no sé si serà positiu, estimularà uns, però podria afectar d'altres. Podria tenir elements negatius, tot i que és pitjor no tenir la informació.»

Directiu públic en l'àmbit de la planificació sanitària

«Cal fer transparents els resultats, no calen rànquings, sinó ajustar millor les dades [...]. Cal donar resultats, però, per sobre de tot, cal saber explicar-los. La Central de Resultats serà molt important.»

Directiu públic en l'àmbit de la gestió sanitària

Hi ha un acord sobre valors, com la necessitat d'una major transparència o l'oportunitat de produir més informació sobre els resultats i impactes del sistema en la realitat social i en el territori. Aquestes són dues direccions en les quals es vol avançar, ja que també poden contribuir al reconeixement social de l'esforç que es fa en salut. Els problemes apareixen en el moment de posar sobre la taula les àrees objecte d'anàlisi, el paquet d'indicadors principals o els criteris per a la publicació de la informació comparada. Les complicacions, les resistències a ser avaluats, i els temors, estan molt presents. En aquest sentit, el consens entre els agents del sistema i la precaució a l'hora de fer públiques les dades, seran probablement dues de les estratègies preferides pels actors catalans.

3.2. Qüestió d'estratègia?

L'experiència holandesa, la qual, com acabem de comentar, és interessant per a Catalunya, atesa la similitud dels seus sistemes de gestió de la salut, posa molt d'èmfasi en l'estratègia a seguir per garantir l'èxit d'un projecte que depèn de l'acceptació del sector. El problema és similar al de qualsevol sector que opera amb ens relativament autònoms i que desenvolupa tasques complexes com, per exemple, les universitats o els centres de recerca. En aquests tipus d'organitzacions és important que els ens subjectes a avaluació vagin més enllà del compliment formal dels contractes, per entrar en una lògica de millora interna que impliqui el seu personal, cosa que no és fàcil.

Posar per davant la millora organitzativa

Un primer element a tenir en compte és que l'estratègia posi per davant la millora organitzativa. El més important no són els indicadors, els quadres de control i la producció d'informació, per mostrar el que es fa, sinó que les organitzacions del sector –hospitals, centres d'assistència primària, centres sociosanitaris i de salut mental– canviïn i entrin en una dinàmica de millora. Aquestes organitzacions només poden millorar si se les ajuda a identificar els problemes, a reorganitzar els seus processos de treball i a ser conscients de si, com diuen els mestres, “estan progressant adequadament” o “necessiten millorar”. El fet de recollir informació sobre diversos aspectes del rendiment institucional hauria d'estimular els processos perquè portin a una millora dels serveis i ajudin a superar la resistència natural al canvi.

Separar els indicadors per a ús extern i ús intern

Un segon element igualment important consisteix a diferenciar clarament entre l'ús intern i l'ús extern dels indicadors i de les mesures de rendiment. La gestió amb prudència d'aquesta distinció pot ser clau per a l'èxit d'una reforma que necessita el lideratge de les institucions, però no pot tirar endavant sense la participació dels professionals implicats. Val la pena recordar aquí la frase de Berwick per a qui «la mesura per millorar no és el mateix que la mesura per jutjar». En els termes de Berg *et al.*, els indicadors interns tenen relació amb la millora dels processos, de les actuacions i els pacients, mentre que els indicadors externs tenen relació amb el judici objectiu que prové de processar un conjunt de taules i de números.

De fet, l'ús intern es refereix al fet que la gestió de qualsevol organisme necessita dades i l'anàlisi d'aquestes dades per millorar. Ni els professionals, ni els administradors, poden deixar d'utilitzar dades per investigar els problemes amb els quals es troben, i per descobrir com els poden superar. D'acord amb aquestes anàlisis, els procediments es poden afinar o canviar i els indicadors poden servir per comprovar si s'ha produït un canvi en el sentit esperat. L'ús extern, en canvi, té relació amb comparar la qualitat d'uns proveïdors en relació amb els altres. Per fer comparacions entre organitzacions, no cal arribar al detall i l'especificitat dels indicadors interns.

Aquestes consideracions impliquen que la política catalana de mesura del rendiment hauria de diferenciar aquests dos usos dels indicadors. Per una banda, són necessaris relativament pocs indicadors externs –en el cas d’Holanda es van pactar inicialment trenta indicadors–, però han de ser rellevants i objecte d’un procés de validació molt ben fet perquè les comparacions entre institucions siguin justes. Per altra banda, d’indicadors interns n’hi pot haver més, i no cal que siguin objecte d’un procés de validació tan exigent, però sí que, per a les finalitats internes, han de tenir sentit per als administradors i per als professionals, han de ser específics del procés que es vol millorar, i prou detallats per captar les peculiaritats dels problemes i els impactes dels canvis que es puguin introduir.

Generar indicadors d’interès ciutadà

Un tercer element a considerar és que una part dels indicadors externs ha de captar els resultats principals en les àrees o els àmbits que puguin interessar més els ciutadans. Això vol dir que la mesura de rendiment en sanitat ha de deixar de ser un tema sectorial per passar a ser un tema col·lectiu, la qual cosa tampoc és fàcil en la mesura que el risc polític és elevat. Aquest risc es pot controlar si s’adopta l’estratègia de deixar la seva comunicació i interpretació públiques en mans dels que tenen la informació sensible. En l’experiència holandesa, s’arriba a la publicitat dels trenta indicadors pactats perquè el sector no deixa de controlar la informació que presenta, el mitjà en què la presenta i la seva interpretació. D’altra banda, l’Administració es compromet a no recollir altres dades i a deixar que siguin tercers, no implicats directament en la distribució dels serveis, els que jutgin i comparin.

Delegar el lideratge en un tercer

Finalment, un quart element a considerar fa referència al lideratge dels processos de mesura dels resultats principals. El fet que unes oficines dels òrgans gestors de l’Administració hagin gestionat els contractes durant molts anys, amb una clara orientació econòmica i centrada en l’eficiència, podria confondre els que han de participar-hi aportant dades sobre els resultats. Els dubtes poden tenir relació amb les finalitats últimes de l’Administració, amb la seva capacitat per canviar d’orientació o en la seva voluntat per posar de relleu problemes, la resolució dels quals pot demanar un increment del pressupost públic. Si la finalitat principal és la millora interna per produir millors resultats, podrien estar més legitimats, per conduir aquesta operació, organismes independents, els quals es percebin com a més neutrals i, fins i tot, relativament allunyats del dia a dia del sector i de les seves tradicions.

CONCLUSIONS

Les mesures del rendiment són una de les principals respostes que la gestió pública dels països occidentals ha donat a les demandes de major *accountability*, transparència, bon govern i qualitat en l'àmbit de la gestió de la salut. Les preguntes de fons són les mateixes que es fa la societat en qualsevol sector en el qual es produeix la intervenció pública: quin és el retorn que obté la societat per la inversió que fa en sanitat, o com de bona –segons els criteris d'eficàcia, eficiència, equitat i sostenibilitat– és la gestió sanitària que practica un govern, la seva administració i els organismes, públics i no públics, proveïdors de serveis.

Però, en la mesura que els sistemes d'indicadors i les activitats de control del rendiment han esdevingut més corrents, també ha crescut l'escepticisme. No només ha aparegut una bibliografia acadèmica crítica, sinó que també alguns gestors i administradors s'han mostrat sensibles a la preocupació pel fet que els sistemes de control i avaluació no tinguin prou en compte les característiques dels serveis, la complexitat dels objectius públics o el judici dels professionals.

Efectivament, moltes vegades els indicadors no reflecteixen la totalitat dels serveis o dels aspectes que són particularment importants. Altres vegades, la bibliografia parla d'*outcomes*, però, en la pràctica, és gairebé impossible aportar aquest tipus d'informació. Els problemes de manca d'informació qualitativament interessant, de necessitat d'ajustar la informació en funció de les característiques de la població, o les dificultats que es plantejen per la multiplicitat d'intervencions o d'organitzacions treballant en xarxa, fan que la mesura del rendiment no sigui una tasca fàcil. D'altra banda, la introducció de mesures de resultats es percep com la creació de més controls i més burocràcia. Davant de la imposició "burocràtica", els riscos de manipulació del llistó inicial, de jugar amb els conceptes o les dades, de la visió túnel i l'excessiva atenció a la millora d'indicadors concrets i aïllats per obtenir uns resultats "aparents", són ben presents.

En últim terme, els indicadors de rendiment, fins i tot, poden tenir un efecte negatiu en la innovació, en la difusió de pràctiques millors i en la solidaritat entre les institucions. Com ha passat en els casos de l'educació als EUA i de la sanitat al Regne Unit, es pot arribar a l'extrem d'avergonyir públicament uns professionals, quan no està clar que siguin responsables dels resultats pobres de les institucions on treballen.

El conjunt d'aquestes consideracions porten necessàriament a la precaució, a tenir cura de les distorsions i a no oblidar els problemes específics de la mesura dels resultats en cada àmbit d'intervenció pública. Però, també està clar que l'esforç que fan els nostres governs en l'àmbit de la salut, on els pressupostos són tan importants, exigeix una resposta equiparable en l'àmbit del rendiment social d'aquesta inversió.

La mirada ràpida a l'entorn europeu i als països membres de l'OCDE mostra diversos intents de govern de millorar els sistemes de salut basant-se en compartir informació, comparar i generalitzar les millors pràctiques. Com hem vist, és força general la publicació d'indicadors principals que orienten la població amb relació a l'efectivitat i la qualitat del seu sistema de salut. En aquest sentit, qualitat i efectivitat es defineixen de manera similar, si bé la qualitat es relaciona més amb l'aplicació dels millors coneixements disponibles, i l'efectivitat es defineix basant-se en criteris que varien d'un país a l'altre, però que tenen relació amb una sèrie d'atributs, com l'accés, la seguretat, l'adequació de la intervenció, la temporalitat o l'eficiència, per citar alguns dels més usats. D'altra banda, també hi ha una certa variabilitat pel que fa a les àrees o especialitats, i als nivells d'assistència, en els quals es desenvolupen prioritàriament les mesures de resultats.

Simplificant una realitat força complexa, es poden distingir dues gran orientacions en els sistemes de mesura: un model exclouent, competitiu i de confrontació, davant d'un altre model inclouent, consensual i de compromís. El model britànic representa el sistema que posa l'accent en el judici extern i en els incentius, la qual cosa suposa el reconeixement públic de la feina ben feta i, al mateix temps, la sanció igualment pública, per uns resultats pobres respecte al conjunt de les institucions del sector. El model holandès és el representant de la visió alternativa, contrària al judici extern i favorable al canvi institucional, partint del reconeixement intern dels problemes que puguin tenir les organitzacions i del compromís extern per millorar amb relació a un conjunt de paràmetres prèviament pactats.

Aparentment, es podria pensar que el model ideal és el model holandès, però la nostra conclusió principal és que ambdós presenten avantatges i inconvenients, i que la seva eficàcia dependrà de la mesura en què s'adapti a l'estructura institucional i a la cultura política i administrativa del país.

El model britànic és el prototip que utilitza la bibliografia (Bevan i Hood 2006) per il·lustrar problemes de mesura relacionats amb la parcialitat dels indicadors (sinècdoque) i la manipulació que dels conceptes i les dades puguin fer els actors subjectes al control central. Però també caldria afegir altres tipus de problemes, atesa la previsible dificultat de portar fins a les últimes conseqüències les amenaces que acompanyen el sistema de premis i sancions. D'altra banda, el model holandès també podria tenir conseqüències indesitjades o acabar en un fracàs, si no aconsegueix un elevat grau de lleialtat institucional, la complicitat dels directius i professionals de les organitzacions, així com la publicitat i transparència

suficients perquè les mesures de rendiment i la seva interpretació no esdevinguin un assumpte corporatiu del sector i aliè a la ciutadania.

En el cas de Catalunya, a finals de 2008, el Govern català no disposa d'un conjunt de mesures o indicadors que donin una "fotografia" dels resultats principals, de l'efectivitat o la qualitat del sistema que presta serveis sanitaris a la població. Tot i així, de fet, té abundant informació sobre gestió sanitària, que cobreix molts aspectes que interessarien, no només els administradors públics i decisors polítics, sinó també els professionals, les persones usuàries dels serveis i la ciutadania en general. Però aquesta informació no es presenta a la societat de manera estructurada, i només es discuteix de manera fragmentada amb el sector.

L'anàlisi de l'evolució de les mesures de millora de la gestió adoptades a Catalunya descarta que la situació actual s'expliqui per un simple retard en un procés de convergència propi del context europeu i que, tard o d'hora, s'ha de produir en el nostre entorn. En el cas de Catalunya, la salut ha estat objecte d'una gestió pública dinàmica i innovadora en algunes etapes de la seva història recent, la qual cosa ha donat lloc a la generació de diversos sistemes de gestió d'informació sobre el cost, l'eficiència, la productivitat i, en menor mesura, els resultats i la qualitat dels serveis sanitaris.

Durant els anys vuitanta es van establir les bases del sistema, es van identificar i organitzar els actors que en formaven part (acreditació de centres, Mapa sanitari, reforma de l'assistència primària), i es van regular les relacions a través dels concerts (sistema de contractació a partir de les UBA). En aquells moments la planificació en salut era molt incipient i les mesures de rendiment pràcticament inexistents.

La primera meitat dels anys noranta va ser l'època més fructífera, des de la perspectiva de la gestió de la informació relativa als serveis sanitaris, ja que es va aprovar el primer Pla de salut de Catalunya i es van crear la Central de Balanços i el conjunt mínim bàsic de dades. Aquests han estat els principals instruments per a la planificació dels grans objectius de salut, el control econòmic i financer del sector, i la comparació de l'activitat desenvolupada, en termes de procediments i temps d'estada mitjana i, en menor mesura, de resultats mèdics.

A partir de l'any 2000, va començar una nova etapa en què la principal preocupació era l'avaluació dels resultats o *outcomes* del sistema sanitari, si bé el sistema que ha d'integrar aquesta informació no s'ha acabat de desenvolupar. Els principals progressos amb relació a aquest projecte han estat les avaluacions dels plans de salut, que ja han generat algunes mesures d'*outcomes* en salut de la població, i les dues iniciatives, la Central de Resultats i el TOP 20, que s'orienten clarament vers els resultats. Es tracta d'iniciatives d'origen diferent, una de privada i l'altra pública, i en diferent fase de desenvolupament, una és una realitat, mentre que l'altra és un projecte, però que són mostra d'una clara orientació vers

mesures de rendiment en el sentit de la *performance* anglesa en l'àmbit sanitari, més integrals i complexes, on es barreja la voluntat d'aportar una major transparència i una difusió gradual de la informació, sobre els resultats del sector.

Hi ha una explicació racional i una explicació estructural d'aquest procés. La primera ens permet entendre la direcció inicial que va adoptar el Departament de Salut en assumir les competències i trobar-se amb la necessitat d'ordenar un sector amb un sistema de provisió divers i complex. L'explicació racional que incorpora la idea del camí de la dependència, i l'efecte *lock in* de Pierson (2000), ens permet entendre l'incentiu negatiu que representava el canvi de política, la qual cosa ha fet que els governs successius de la Generalitat, inclòs el Govern de centre esquerra, anessin perfeccionant un sistema de contractació econòmica, el qual ha estat dominant en tot el sistema de gestió de la salut.

Però una de les nostres principals conclusions és que les explicacions estructurals i culturals són millors per entendre els processos històrics i també per orientar-nos de cara al futur.

Catalunya té un sistema polític i administratiu cada vegada menys majoritari, en el sentit del control que pot exercir un partit que pot governar des dels departaments centrals de manera jeràrquica. Més aviat tendeix al consens i, per tant, a incloure el major nombre possible d'actors que puguin participar en la presa de decisions. Això és fruit de la cultura política, però també de les lleis i els resultats electorals. El sector de la salut es caracteritza per la interdependència entre les estructures pures públiques i els proveïdors privats d'utilització pública. A això cal afegir que els partits polítics tenen un paper força important en la gestió de la salut en l'àmbit local i comarcal, a través dels mateixos hospitals i de les relacions amb les estructures centrals dels partits. Les relacions verticals arriben fins al Govern de l'Estat en la mesura que d'aquest depèn el catàleg de serveis i el finançament. La negociació política partidista i el compromís sectorial són obligats, la qual cosa comporta una gestió corporativa que parteix dels acords.

Aquesta manera de fer política i d'organització del sector és la que explica que s'hagi privilegiat la perspectiva econòmica de controlar el cost dels serveis, ajustar els pagaments a l'activitat estàndard, i millorar l'eficiència, en perjudici d'altres perspectives, com l'eficàcia clínica i la qualitat, en les quals tenen major interès els professionals i la ciutadania. També explica les dificultats amb què es troba el projecte de la Central de Resultats, com a projecte principal de millora de la informació sobre els *outcomes* del sistema català de salut. Atès que és difícil que el sector accepti algunes reformes i que, en qualsevol cas, caldran propostes, limitades en el seu abast, que s'hauran de negociar i renegociar, el més probable és un desenvolupament lent d'aquest nou instrument.

Catalunya encara té, doncs, camí per fer en la mesura de la *rendiment*. A la vista de les característiques del sector de la salut, el primer pas podria ser el de consensuar uns indicadors principals. Per a això caldria tenir en compte que algunes de les suposicions

teòriques del model clàssic de rendiment no es donen en el món real, i que les institucions només es comprometran a publicar informació que pugui afectar la seva reputació si tenen garanties sobre el seu ús i la seva interpretació.

És important assumir que els objectius són molt nombrosos i no sempre estan ben definits o són coherents entre ells. Això vol dir que, en termes de resultats principals per al debat polític, caldria depurar-los fins que s'identifiquin els objectius i els resultats principals. Al mateix temps, cal assumir que algunes àrees sanitàries presenten dificultats objectives per elaborar indicadors i recollir la informació, atès que es treballa de manera menys estandarditzada, són molt importants els factors contextuals o no es poden observar els resultats fins que ha passat un període de temps considerable. Això vol dir que la tendència natural seria treballar en les àrees que ja compten amb algunes mesures, mentre s'ignoren les àrees difícils, com per exemple la salut mental. En el mateix sentit, també cal assumir que la informació que els professionals consideren pertinent és sovint difícil d'obtenir o està tan dispersa i fragmentada que és gairebé impossible tenir una visió de conjunt. Finalment, tampoc es pot esperar que el fet de consensuar uns indicadors sigui suficient per provocar grans canvis en organitzacions que tenen cultures i pautes de comportament molt arrelades a la professió mèdica.

Alhora, és important fer front a les principals preocupacions de les organitzacions i dels professionals, dels quals depèn que hi hagi canvis i millores substantives. Aquí sí que la proximitat a les característiques institucionals i sectorials entre els sistemes de gestió de la salut holandès i català, s'hauria de tenir en compte per seguir algunes de les pautes que van impulsar la inspecció dels serveis sanitaris d'aquell país. Com hem vist, per a l'experiència holandesa era més important generar un clima de cooperació positiva, que propiciés la millora efectiva dels hospitals, que no pas la producció de rànquings i taules comparatives per lloar-ne uns i castigar-ne uns altres. Aquesta idea, juntament amb la de diferenciar clarament entre mesures per al judici extern i per a la discussió, i mesures per a la millora interna, són fonamentals per a una estratègia que es basi en la confiança institucional.

L'orientació horitzontal vers el sector, però, no hauria d'anar en perjudici de la transparència democràtica i, per això, és igualment important que hi hagi un compromís de publicació d'un conjunt d'indicadors mínims. La combinació del control de la informació que facin les institucions, i l'extensió del compromís públic de compartir informació d'interès ciutadà, sembla una estratègia raonable per impulsar el procés de mesura del rendiment i assolir alguns resultats visibles en un termini de temps raonable.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- ARGENTÉ, M. *et al.* Ponència «La Central de Balanços del CatSalut». II Congrés Català de Comptabilitat i Gestió. (2007)
<http://www.accid.org/congres/ponencies/sessio1_2405.pdf>
- ARAH, O. A; KLAZINGA, N. S; DELNOIJ, D. M. J.; TEN ASBROEK, A. H. A; CUSTERS, T. «Conceptual frameworks for health systems performance: A quest for effectiveness, quality and improvement», *International Journal for Quality in Health Care*, 15:5, p. 377-398. (2003)
- BEHN, R. D. «Why Measure Performance? Different Purposes Require Different Measures», *Public Administration Review*, vol. 63, núm. 5. (2003)
- BERG, M.; MEIJERINK, Y.; GRAS, M.; GOOSSENSSEN, A.; SCHELLEKENS, W.; HAEK, M., KINGSMA, H. «Feasibility first: developing public performance indicators on patient safety and clinical effectiveness for Dutch hospitals», *Health Policy*, 75, p. 59-73. (2005)
- BERWICK, D. M. «Developing and testing changes in delivery of care», *Annals of Internal Medicine*, 128 (8): 651-656. (1998)
- BEVAN, G.; ROBINSON, R. "The Interplay between Economic and Political Logics: Path Dependency in Health Care in England", *Journal of Health Politics, Policy and Law* 30, 1-2: 53-78. (2005)
- BEVAN, G.; HOOD, C. «What's measured is what matters: targets and gaming in the English public health care system», *Public Administration*, 84:3, p. 517-538. (2006)
- BLANK, R.; BURAU, V. *Comparative Health Policy*, Basingstoke, Palgrave. (2004)
- CABINET OFFICE MODERNIZING GOVERNMENT. London. The Stationary Office. CM4310
<<http://www.archive.official-documents.co.uk>> (1999)
- COHEN, S. «A strategic framework for developing responsibility functions from government to the private sector», *Public Administration Review*, 61, 432-451. (2001)

- DEPARTAMENT DE SALUT. Pressupost de Salut per a l'any 2007.
<<http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/prespsalut07.pdf>> (2007)
- DSSS. «La Central de Balanços del Servei Català de la Salut. Evolució del període 1997-1999», *Fulls Econòmics*, informe núm. 9. (2001)
- EDDY, D. M. «Performance Measurement. Problems and Solutions». *Health Affairs*, July/August: 8.
- EQUIP ESTUDIS «Les tendències de l'evolució de la sanitat a Catalunya». *Col·l. Polítiques* 18. Fundació Jaume Bofill. (1997)
- FREIDSON, E. *Professionalism, The Third Logic: On The Practice of Knowledge*. Chicago, The University of Chicago Press. (2001)
- FRIEDRICH, C. J. «Public policy and the nature of administrative responsibility». A: C. J. Friedrich, E. S. Mason (eds.) *Public Policy*. Cambridge, MA, Harvard University Press. (1940)
- GALLEGU, R. «La política sanitària catalana: la construcció d'un sistema universal de provisió pluralista». A: Gomà, R.; Subirats, J. (coord.) *Govern i polítiques públiques a Espanya*. Servei Publicacions UB-UAB. (2001)
- GENERALITAT DE CATALUNYA. «Pla de salut de Catalunya 2002-2005».
<<http://www.gencat.net/salut/depsalut/html/ca/plasalut/doc5216.html>> (2003)
- GENERALITAT DE CATALUNYA. «Avaluació dels objectius per a l'any 2000 del Pla de Salut de Catalunya». (2003)
<<http://www.gencat.net/salut/depsalut/html/ca/plasalut/doc5371.html>>
- GENERALITAT DE CATALUNYA "Informe del registre del Conjunt Mínim Bàsic de Dades 2006". (2007)
<http://www10.gencat.net/catsalut/cat/prov_cmbdpublicacions.htm>
- GENERALITAT DE CATALUNYA. «Pla de salut de Catalunya a l'horitzó 2010».
<<http://www20.gencat.cat/portal/site/pla-salut>> (2008)
- HOFSTEDE, G. *Culture's consequences: comparing values, behaviors, institutions, and organizations across nations*. Thousand Oaks, Calif., Sage Publications. (2001)
- HOFSTEDE, G.; NEUIHEN, B.; OHAYV, D. D.; SANDERS, G. «Measuring Organizational Cultures: A Qualitative and Quantitative Study across Twenty Cases». *Administrative Science Quarterly*, 35: 286-316. (1990)

- IASIST. *TOP 20 Benchmarks para la excelencia 2007*. (2007)
- JOS, P.; TOMPKINS, M. «The accountability paradox in an age of reinvention: the perennial problem of preserving character and judgment», *Administration and Society*, 36:3, p. 255-281. (2004)
- KANTER, R. M. *Men and women of the corporation*. New York, Basic Books. (1977)
- KAPLAN, R. S.; NORTON, D. P. «The Balanced Scorecard Measures that Drive Performance». *Harvard Business Review*, 70 (1): 71-91. (1992)
- LIJPHART, A. *Democracies, Patterns of Majoritarian and Consensus Government in Twenty-One Countries*. New Haven, Yale University Press. (1984)
- LIJPHART, A. *Patterns of Democracy*, New Haven, Yale University Press. (1989)
- LÓPEZ-CASASNOVAS, G. (Dir.) *La contractació de serveis sanitaris*. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. (1998)
- MARCH, J. G.; OLSEN, J. P. *Democratic Governance*. New York, Free Press. (1995)
- MOORE, M. *Creating Public Value*. Cambridge, MA, Harvard University Press. (1995)
- NEWHOUSE, J.P. *Pricing the priceless: a health care conundrum*. Cambridge, MA. The MIT Press. (2002)
- OCDE. *Society at a Glance*. Paris, OECD. (2006)
- PIERSON, P. «Increasing returns, path dependence and the study of politics», *American Political Science Review*, 94 (2): 251-267. (2000)
- PIERSON, P. *Politics in time: history, institutions and social analysis*. Princeton, Princeton University Press. (2004)
- POLLITT, C. «Measuring performance: a new system for the National Health Service», *Policy and Politics*, January, p. 1-15. (1985)
- POLLITT, C. «Hospital performance indicators: how and why neighbours facing similar problems go different ways – building explanations of hospital performance indicator systems in England and the Netherlands». A: C. POLLITT, S. VAN THIEL AND V. HOMBURG (eds.) *New Public Management in Europe: adaptations and alternatives*, Basingstoke, Palgrave/Macmillan. (2007)

- POLLIT, C.; BOUCKAERT, G. *Public Management Reform*, Oxford University Press, 2004. (2004)
- RADIN, B. *Challenging the performance movement: accountability, complexity and democratic values*. Washington DC, Georgetown University Press. (2006)
- SALLERAS, L. «Diez años de planificación de la salud en Cataluña: de la formulación de los objetivos a la evaluación de los resultados». *Medicina Clínica*, vol. 121(supl. 1). (2003)
- SÁNCHEZ REVENGA, J. «El Presupuesto por Programas en España». *Economistas*, 105. (2005)
- SCHICK, A. «Getting Performance Measures to Measure Up». A: Dall W. FORSYTHE, (ed.) *Quicker, Better, Cheaper: Managing Performance in American Government*. Albany, Rockefeller Institute Press. (2001)
- SÉCULI, E. *et al.* «La Planificación de la salud en Catalunya, 1990-2000. Algunas claves para afrontar el futuro». *Medicina Clínica*, vol. 121(supl. 1). (2003)
- SMITH, P. B.; DUGAN, S.; TROMPENAARS, F. «National Culture and the Values of Organisational Employees: A Dimensional Analysis across 43 Nations». *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 27: 231-64. (1996)
- WHOLEY, J. S.; HATRY, H. P. «The case for Performance Monitoring», *Public Administration Review*, 52 (6): 604-610. (1992)
- WEISS, C. «Ideology, Interests and Information. The Basis of Policy Positions». A: D. CALLAHAN, Bruce JENNINGS, eds. *Ethics, The Social Sciences and Policy Analysis*. New York. Plenum Press. (1983)
- WILSON, J. Q. *Bureaucracy. What Government Agencies Do and Why They Do It*. New York. Basic Books. (1989)

ANNEX

Guió de les entrevistes

Part 1: sobre el model de la *performance* en el sistema sanitari català

1. Quins han estat els moments històrics clau en l'evolució de la sanitat catalana, durant els darrers vint anys?
2. Quina ha estat l'estratègia (o estratègies) seguida per mesurar la *performance* del sistema sanitari català, és a dir, el seu rendiment amb relació als objectius proposats? (Avaluació dels processos, resultats, qualitat del servei, estat de la salut...).
3. En la mesura de la *performance*, s'ha seguit el model d'algun país europeu?

Part 2: sobre les característiques del model i el seu desenvolupament

4. Quins han estat els principals àmbits dels indicadors de la *performance*? (Adequació del servei, *timing*, la qualitat, l'eficiència, les relacions prestador/client, la sostenibilitat del sistema, la seguretat...).
5. Quines han estat les àrees del sistema sanitari més desenvolupades en quant a mesura de la *performance*? (Salut mental, càncer, malalties coronàries, cardiovasculars, diabetis...).
6. Quins han estat els principals problemes per a la mesura de la *performance*? (Ex. la mesura d'una part pel tot, la "manipulació" de les dades per aconseguir un bon resultat a l'indicador, les resistències i desconfiances).
7. Quin nivell de mesura de la *performance*, avaluació..., creu que té el sistema sanitari català en comparació amb altres sistemes sanitaris del seu entorn? I amb relació a altres àmbits de política pública catalana?

Part 3: sobre els resultats del model i les estratègies de futur

8. Quins impactes han tingut per al sistema sanitari català l'evolució dels indicadors de mesura de la *performance*?
9. Quines estratègies de futur creu que caldria portar a terme per a la millora de la *performance* del sistema sanitari català?
10. Creu que caldria tendir a algun model concret de mesura de la *performance* del sistema sanitari?

ÍNDEX DE TAULES, GRÀFICS I IL·LUSTRACIONS

Índex de taules

Taula 1. Perfils de les persones entrevistades	12
Taula 2. Mesures del rendiment en funció de la finalitat perseguida	20
Taula 3. Àmbits dels governs territorials de salut previstos al Mapa sanitari de Catalunya	50
Taula 4. Els processos de planificació sanitària a Catalunya (1980-2008)	56
Taula 5. Indicadors d'avaluació del TOP 20	67
Taula 6. Indicadors i gestió de la salut a Catalunya	81

Índex de gràfics

Gràfic 1. Principals agents i relacions del sistema sanitari català	46
Gràfic 2. La Central de Balanços: agents implicats i funcionament.....	62

Índex d'il·lustracions

Il·lustració 1. Reproducció parcial d'un contracte entre el CatSalut i un centre proveïdor	53
Il·lustració 2. Reproducció parcial de la clàusula addicional quaranta-vuit d'un contracte entre el CatSalut i un centre proveïdor	54